Bernd Herrmann · Reinhard Dettmeyer
Sibylle Banaschak · Ute Thyen

Kindesmisshandlung

Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen

3. Auflage



Kindesmisshandlung

Bernd Herrmann
Reinhard Dettmeyer
Sibylle Banaschak
Ute Thyen

Kindesmisshandlung

Medizinische Diagnostik, Intervention und rechtliche Grundlagen

3., überarbeitete und aktualisierte Auflage

Mit 180 Abbildungen und 63 Tabellen



Bernd Herrmann
Klinikum Kassel GmbH, Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Kassel

Reinhard B. Dettmeyer
Universitätsklinikum Gießen Inst. Rechtsmedizin, Gießen

Sibylle Banaschak
Universität Köln Medizinische Fakultät, Köln

Ute Thyen
Universität zu Lübeck Kinder- und Jugendmedizin, Lübeck

Ergänzendes Material finden Sie unter http://www.springer.com/978-3-662-48843-0

ISBN 978-3-662-48843-0 978-3-662-48844-7 (eBook)
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Springer

Umschlaggestaltung: deblik Berlin
Fotonachweis Umschlag: © thinkstock.com/agsandrew

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer ist Teil von Springer Nature
Die eingetragene Gesellschaft ist Springer-Verlag GmbH Berlin Heidelberg

Geleitwort

des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)

Einzelne Fälle tragischer Kindesmisshandlungen mit Todesfolge haben die Öffentlichkeit im letzten Jahrzehnt stark beschäftigt. Gesellschaft und Politik haben darauf reagiert: Ergebnis dessen ist das neue 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz, aber auch die Etablierung und der Ausbau der sog. Frühen Hilfen. Die öffentliche Wahrnehmung für die Vernachlässigung von Kindern ist deutlich gestiegen. In den letzten Jahren hat sich der Fokus in der Öffentlichkeit vor allem auf den sexuellen Missbrauch gerichtet. Seine Aufarbeitung in der Gesellschaft bleibt auch weiterhin aktuell.

Das vorliegende Buch ist als Erstauflage 2008 erschienen und hat eine gravierende Lücke im deutschsprachigen Bereich in der Fachwelt geschlossen. Die vorliegende bereits 3. Auflage dieses Fachbuches bietet eine systematische Aufarbeitung und eine von hoher Professionalität gekennzeichnete Darstellung der komplexen Thematik für den praktizierenden Kinder- und Jugendarzt. Sein Erfolg basiert nicht zuletzt auf dem interdisziplinären Zugang von Rechtsmedizin und Pädiatrie.

Seit der Erstauflage dieses Buches sind in der Kinder- und Jugendmedizin vielfältige Aktivitäten zum Kindesmissbrauch unternommen worden. Zunächst möchte ich hier beispielhaft die ehemalige AG Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) nennen, die auch in unserem Konvent für fachliche Zusammenarbeit vertreten ist und mittlerweile als Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) den Status einer Fachgesellschaft erlangt hat. Sie zählt inzwischen über 260 Mitglieder und hält regelmäßig Symposien auf unseren Jahrestagungen ab. Mit der Entwicklung des Leitfadens »Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken« 2010 in Zusammenarbeit mit der Kommission der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) hat sie wesentlichen Anteil daran, dass sich Kinderschutzgruppen in Kliniken etabliert haben. Es gibt inzwischen an über 110 Klinik-Standorten solche Kinderschutzgruppen. Dies ist angesichts der Kürze der Zeit ein großer Erfolg. Dennoch sollten wir als Fachgesellschaft erst zufrieden sein, wenn nach Möglichkeit an jeder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin eine solche interdisziplinär zusammengesetzte Kinderschutzgruppe arbeiten kann. Die Kinderschutzgruppen stehen für eine standardisierte und multiprofessionelle (somatische, psychologische und psychosoziale) Diagnostik bei Verdacht auf Kindesmisshandlung/-vernachlässigung.

Ich bin sicher, dass die derzeitige Entwicklung einer S3-Leitlinie »Kinderschutz«, die ebenso interdisziplinär angelegt ist und vom Bundesministerium für Gesundheit finanziert wird, ebenso förderlich wirken wird, die Wahrnehmung und das ärztliche Wissen zum Kinderschutz zu schärfen (www.kinderschutzleitlinie.de).

Als wissenschaftliche Fachgesellschaft ist uns der fachgerechte und möglichst evidenzbasierte Umgang mit der Thematik wichtig. Alle Ärztinnen und Ärzte, die Kinder und Jugendliche versorgen, sollten über Basiskenntnisse der Diagnostik und des Umgangs mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung verfügen. Dazu trägt dieses Fachbuch bei. Insofern danke ich den Autoren ausdrücklich für ihre wichtige Arbeit und wünsche diesem Buch eine möglichst große Verbreitung. Möge es einen wertvollen Beitrag zum Kinderschutz leisten.

Prof. Dr. med. E. Mayatepek
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Berlin/Düsseldorf, im Juni 2016

Geleitwort

des Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)

Lange bevor das Problem der Kindesmisshandlung in der Politik und der Öffentlichkeit unseres Landes intensiver thematisiert wurde, beschäftigten sich Kinderärzte therapeutisch und Rechtsmediziner gutachterlich mit misshandelten Kindern und mit solchen, bei denen sich wegen vermeintlich nicht-akzidenteller Verletzungen ein entsprechender Verdacht ergab. Dabei wurden die wesentlichen Grundlagen der rechtsmedizinischen Diagnostik bereits in den 60er und 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts gelegt und später im Zusammenhang mit neueren Formen wie z. B. dem Münchhausen-Syndrom-by-proxy oder dem Schütteltrauma erweitert. Dieses Wissen ist erforderlich, um im Einzelfall neben einer sorgfältigen Anamnese- und Befunderhebung eine »gerichtsfeste« Beweissicherung und Beurteilung vornehmen zu können. Dazu gehört es auch, mögliche Differentialdiagnosen abzuklären und eine Rekonstruktion des Handlungsablaufes vorzunehmen. Das Ergebnis solcher Untersuchungen besteht in einem nicht ganz geringen Anteil der Fälle auch darin, dass ein ursprünglich geäußerter Misshandlungsverdacht nicht bestätigt werden kann, weil das vorliegende Verletzungsmuster durch andere Mechanismen, z. B. unfallbedingt erklärt werden kann oder muss. In den übrigen Fällen kann das Ergebnis der rechtsmedizinischen Untersuchungen die Basis für zielgerichtete Interventionen und für Maßnahmen zur Prophylaxe weiterer Kindeswohlgefährdungen sein. Die Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM) hat der Bedeutung des Themas schon vor längerer Zeit u.a. dadurch Rechnung getragen, dass Mitglieder sich in zwei Arbeitsgemeinschaften engagieren, die sich speziell mit der Diagnostik bei lebenden Patienten sowie speziell bei Kindern und Jugendlichen beschäftigen. In diesem Kontext ist der Beitrag der Rechtsmedizin im Hinblick auf die Klärung von Fällen mit Verdacht auf Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch als Wahrnehmung sozialer Verantwortung und Beitrag zur Rechtssicherheit in unserem Land zu werten.

Mit dem vorliegenden Buch, welches im Jahr 2008 in erster Auflage erschienen ist, haben die Autoren einen systematischen und wichtigen Beitrag zum Thema geleistet und – wichtiger noch – eine Lücke in der Literatur geschlossen. Bei den Lesern stieß das Werk auf ein großes Interesse, so dass bereits nach weniger als acht Jahren die dritte, nunmehr komplett überarbeitete und aktualisierte Auflage erscheinen kann.

Ein Grund für den Erfolg des Buches besteht sicher auch darin, dass es interdisziplinär angelegt ist und dadurch eine breite Leserschaft mit seiner umfassenden und evidenzbasierten Darstellung des komplexen Themas anspricht. Neben den Ärzten finden auch nichtärztliche Fachleute, die im multiprofessionellen Kinderschutzsystem tätig sind, wertvolle Hinweise und Anregungen für ihre praktische Arbeit. Ausführliche Darstellungen rechtlicher Grundlagen des Kinderschutzes, von Strafrechtsnormen und der Möglichkeiten des Opferschutzes werden zusammenfassend abgehandelt und liegen ebenso wie die ärztlichen Leitlinien in der neuen Auflage des Buches in aktualisierter Form vor.

Für die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin darf ich auch die dritte Auflage dieses Buches ausdrücklich begrüßen und der Neuauflage im Interesse der gefährdeten Kinder eine weite Verbreitung wünschen.

Prof. Dr. med. Thomas Bajanowski
Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (DGRM)
Essen, im Juli 2016

Vorwort zur 3. Auflage

Der medizinische Kinderschutz hat sich seit dem Erscheinen der ersten und zweiten Auflage dieses Buches enorm weiterentwickelt. Die 2010 erstmals erschienenen und laufend aktualisierten »Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken« der AG KiM (AG Kinderschutz in der Medizin, mittlerweile Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, DGKiM) und der DAKJ (Dt. Akademie für Kinder- und Jugendmedizin) sind fester Bestandteil der Arbeit von über 110 Kinderschutzgruppen in deutschen Kliniken geworden. Zur Zeit der ersten Auflage dieses Buches 2008 gab es erst eine Handvoll davon. Die DAKJ-Kommission Kinderschutz hat 2013 einen entsprechenden Leitfaden für Niedergelassene veröffentlicht. Die 2008 als AG KiM gegründete DGKiM zählt derzeit über 250 Mitglieder, hat mittlerweile 8 bundesweite wissenschaftliche Jahrestagungen ausgerichtet, ist anerkanntes Mitglied im Konvent der Fachgesellschaften der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) geworden und ist auf deren Jahrestagung fester Bestandteil mit einem jährlichen interdisziplinären Kinderschutz-Symposium. An der internationalen Kasseler Fortbildung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI) und der AG KiM haben bis 2015 über 1250 Kolleginnen und Kollegen teilgenommen. Unter Leitung der AG KiM/DGKiM ist seit 2015 eine umfassende Revision der AWMF-Leitlinie Kinderschutz auf S3+ Niveau in Arbeit, an der über 75 Fachgesellschaften und die Jugendhilfe beteiligt sind. Auch wenn das Problem der Finanzierung der Fallarbeit in den Kliniken weiterhin ungelöst ist und das Bundeskinderschutzgesetz von 2012 dahingehend ebenfalls keine Klärung erbracht hat, ist mit der Einführung eines OPS Kinderschutz in den Kodierleitfaden 2013 auf Initiative der AG KiM und der GKinD (Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland e.V.) ein erster Hoffnungsschimmer sichtbar.

Ein Thema, das in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung auch im medizinischen Kinderschutz gewonnen hat, sind die Frühen Hilfen, die wir erstmals in dieser Auflage berücksichtigt haben.

Wie schon in der 2. Auflage haben wir uns auch diesmal bemüht, die aktuelle Literatur, Publikationen, Leitlinien und Fachbücher der letzten 5 Jahre kritisch zu sichten und das Fachbuch dahingehend ausgiebig zu aktualisieren. Ebenso wurden alle neuen rechtlichen Bestimmungen berücksichtigt und aussagekräftige neue Abbildungen eingefügt. Neu sind auch Entscheidungshilfen zur Indikationsstellung eines Röntgenskelettscreenings, genauere cCT und MRT-Datierung intrakranieller Blutungen, spinale Verletzungen, die Besonderheiten von Hämatomen bei behinderten Kindern, Adipositas, Passivrauchexposition und pränatale Risiken als Kindeswohlgefährdung, das neue Bundeskinderschutzgesetz, die jüngsten Strafrechts- und Opferrechtsreformgesetze, Familien mit Migrationshintergrund und praktische Hilfen wie eine Vorlage für die Arztbriefschreibung in Kinderschutzfällen und eine Übersicht über Fachgesellschaften und Fachzeitschriften. Noch stärker als in den ersten beiden Auflagen haben wir uns bemüht, die Evidenz im medizinischen Kinderschutz kritisch zu berücksichtigen. Bis Oktober 2015 war hierfür die Arbeitsgruppe der Waliser Cardiff Universität »Core Info« (Cardiff Child Protection Systematic Reviews) um Sabine Maguire und Alison Kemp eine exzellente und unentbehrlich gewordene Quelle. In zahlreichen fortlaufend aktualisierten systematischen Reviews, etlichen Metaanalysen und sich daraus ergebenden Publikationen ist in den letzten 10 Jahren eine gründliche Sichtung und Bewertung unseres Wissens und der

Evidenz um medizinische Befunde bei körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung entstanden, die nicht hoch genug eingeschätzt werden kann. In allen Kapiteln in diesem Buch zu körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung sind die aktuellen systematischen Reviews der Waliser Arbeitsgruppe bis 2015 berücksichtigt. Durch den Wegfall der finanziellen Förderung durch die NSPCC (National Society for the Prevention of Cruelty to Children) drohte 2015 die Einstellung dieser unverzichtbar gewordenen Quelle. Zum Zeitpunkt der Drucklegung zeichnet sich ab, dass das RCPCH (Royal College of Paediatrics and Child Health, der Berufsverband der Kinderärzte Großbritanniens) das Projekt in anderer Form übernehmen wird. Den Waliser Kollegen gilt bis dahin unser großer Dank für die wertvolle geleistete Arbeit!

Der Wegfall dieser Arbeitsgruppe muss uns umso mehr ein Ansporn sein, uns auch in Deutschland weiter und verstärkt darum zu bemühen, unsere Entscheidungen im Kinderschutz auf der Grundlage einer möglichst guten Evidenz zu fällen, haben sie doch enorme Bedeutung für das weitere Leben betroffener Kinder und Jugendlicher und ihrer Familien. Hierzu soll die vorliegende 3. Auflage des mittlerweile als Standardwerk geltenden Buches Grundlage und Hilfe sein. Nicht vergessen werden darf auch der Aspekt der Selbstfürsorge für uns Fachleute, um diese komplexe und fordernde Arbeit auf lange Sicht bewältigen zu können. Viel Erfolg dabei wünschen

Die Autoren
im Frühjahr 2016

Vorwort zur 2. Auflage

Nach weniger als einem Jahr war die 1. Auflage dieses Buches ausverkauft. Diese Tatsache und die vielen positiven Reaktionen der Leser bestärken uns als Autoren in unserem Konzept, ein umfassendes und dennoch praxisnahes, übersichtliches Fachbuch zum Umgang mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung im medizinischen Umfeld vorzulegen. Ziel bleibt es, fachliche Sicherheit durch ein Höchstmaß an Evidenz abzusichern. Angesichts der hohen Komplexität jeden einzelnen Falles und der Notwendigkeit interdisziplinärer Zusammenarbeit ist das auf diesem Gebiet oft nicht einfach. Dass erst 40 Jahre nach dem ersten US-amerikanischen medizinischen Fachbuch zur Kindesmisshandlung von Helfer und Kempe 2008 dieses deutsche Fachbuch erschienen ist, zeigt zum einen den Nachholbedarf in der fachlich-medizinischen Auseinandersetzung, zum anderen aber auch das Interesse an der Thematik. Diese Entwicklungen der letzten 2 Jahre, das Erscheinen differenzierter AWMF-Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e. V. (DGSPJ), die von der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh) als gemeinsame fachübergreifende Leitlinie übernommen wurden, die Gründung der wissenschaftlichen Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) und der Kommission Kinderschutz der Deutschen Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin (DAKJ), die nach 3 Jahren abgeschlossene ESPED-Erhebung (Erhebungseinheit für Seltene Pädiatrische Erkrankungen in Deutschland) zum Schütteltrauma, vermehrte Fachbeiträge und Kongressvorträge und die zunehmende Gründung von Kinderschutzgruppen in Kinder- und Jugendkliniken zeigen, dass das Thema in der Medizin »angekommen« ist.

In der vorliegenden aktualisierten 2. Auflage wurde die Literatur kritisch geprüft, wichtige neue Arbeiten mit aufgenommen und ein Abgleich mit den neuesten Leitlinien vorgenommen sowie neu erschienene Standardwerke aus 2008 und 2009 berücksichtigt. Neben Korrekturen wurden auch inhaltliche Ergänzungen und Präzisierungen vorgenommen. Eine Reihe von Gesetzestexten wurden ergänzt, neue Fassungen berücksichtigt und neue Texte aufgenommen.

Das Buch hilft praktisch tätigen Fachleuten, kompetent und rasch zu handeln, schwierige Fälle zu reflektieren und angemessen mit den Familien und dem Kind oder Jugendlichen zu kommunizieren. Wir hoffen auch, dass es im persönlichen Umgang mit gewaltbelasteten Kindern Unterstützung anbietet, Sicherheit gibt und Belastungen reduziert und dennoch die Hemmschwelle senkt, externen fachkundigen Rat einzubeziehen.

Die Autoren
Im Frühjahr 2010

Vorwort zur 1. Auflage

Mit dem vorliegenden Werk zur medizinischen Diagnostik und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung möchten wir ärztlichen Kollegen **die Grundlagen für professionelles Handeln in einem multiprofessionellen Kinderschutzsystem** vermitteln. Gleichzeitig trägt die so gewonnene fachliche Sicherheit dazu bei, nicht nur sicherer und professioneller, sondern auch emotional gelassener mit dem auch für Fachleute belastenden und schwierigen Thema umzugehen. Es gilt, den Opfern von Gewalt und Vernachlässigung effektiv zu helfen; aber auch den Helfern muss geholfen werden.

Auch für **nichtärztliche Fachleute** im Kinderschutz (Richter, Staatsanwälte, Kriminalpolizei, Jugendamt u.a.) kann es von Belang sein, den Hintergrund eines medizinischen Befundes nachzuvollziehen. Noch bedeutsamer ist es, gerade in Fällen sexuellen Kindesmissbrauchs zu verstehen, warum es bei vielen Kindern und Jugendlichen keine auffälligen körperlichen Befunde gibt und sie dennoch Opfer eines sexuellen Übergriffs geworden sind.

In den Kapiteln zur **somatischen Diagnostik** und zu den jeweiligen Befunden haben wir uns um ein Höchstmaß an Evidenz und Aktualität bemüht. Berücksichtigt wurden, neben den gängigen englischsprachigen medizinischen Standardwerken und Handbüchern sowie der eigenen umfangreichen Literaturanalyse, etwa 1800 Reviews aus den letzten 10 Jahren des Child Abuse Quarterley Update (www.quarterlyupdate.org) – einer vierteljährlich erscheinenden kommentierten Analyse der internationalen medizinischen Literatur zu Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – um die 700 von der Welsh Child Protection Systematic Review Group systematisch ausgewertete Studien (www.core-info.cardiff.ac.uk/index.html) sowie über 20 aktuell gültige medizinische Leitlinien verschiedener internationaler Fachgesellschaften.

Damit liegt erstmals für den deutschen Sprachraum eine fundierte und umfassende Zusammenfassung des aktuellen Standes der »Misshandlungsmedizin« vor.

Neben Vernachlässigung und psychischen Folgen von Misshandlungen liegt ein weiterer Schwerpunkt auf der **Darstellung der forensischen Beweismittelsicherung**. Hierzu ist die Kooperation mit einem Rechtsmediziner immer anzustreben. Da Rechtsmediziner leider in vielen Regionen nicht vertreten sind, muss auch der pädiatrische Kliniker über die Grundsätze der forensisch orientierten Befunderhebung und -sicherung Bescheid wissen.

Für viele Fachleute im Kinderschutz sind die **rechtlichen Rahmenbedingungen**, in denen sie sich im Kinderschutz in Deutschland bewegen, wenig transparent. Ausführliche Kapitel zu den juristischen Aspekten, Strafrechtsnormen und Möglichkeiten des gesetzlichen Opferschutzes erleichtern hier die Orientierung und ermöglichen es, Rechtsnormen gezielt nachzuschlagen.

Das Kapitel zu **Intervention und Prophylaxe** soll den durch die bisherigen Kapitel fachlich gerüsteten Arzt in die Lage versetzen, seine Kenntnisse in aktiven Kinderschutz umzusetzen und seine Position in einem multiprofessionellen Kinderschutzkonzept zu finden. Verbunden ist dies mit praktischen Hilfen, Tipps, Hinweisen auf Fallstricke und vermeidbare Fehler sowie praktischem Arbeitsmaterial im Anhang: Dokumentationsbögen, Befundvordrucke, Checklisten, Literatur und Internet-Links.

Zu guter Letzt sei noch eine persönliche, vielleicht idealistische Schlussbemerkung gestattet. Die aus Kindesmisshandlungen und Vernachlässigungen resultierenden »verbogenen«, gekränkten, gestörten und persönlichkeitsveränderten erwachsenen Menschen haben unseres Erachtens einen erheblichen Anteil am globalen Ausmaß verschiedenster Formen von zwischenmenschlicher Gewalt. Diese Menschen erleiden und bewirken gleichzeitig einen wesentlichen Teil des menschlichen emotionalen Elends und Leides. Je mehr Bemühungen wir in einen adäquaten Kinderschutz investieren, umso eher können wir zur Verringerung dieses Leides beitragen und unsere Welt etwas freundlicher gestalten.

B. Herrmann, R. Dettmeyer
Kassel, Gießen

S. Banaschak, U. Thyen
Köln und Lübeck,
im Juni 2008

Danksagungen

Mein Dank gilt:

Den Menschen, die mich an das Thema herangeführt, begleitet, geprägt und bestärkt haben, meinen derzeitigen und ehemaligen Mitarbeitern im Kinderschutz vor Ort, allen jetzigen und früheren Vorstandskollegen der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM, ehemals AG KiM) für gemeinsame Weiterentwicklung des medizinischen Kinderschutzes.

Den untersuchten Kindern für ihren Mut, ihre Stärke und Fröhlichkeit.

Und last but far not least: meiner Frau und meiner Tochter, die ich für die Arbeit über Misshandlung und Vernachlässigung oft genug vernachlässigt habe, für anhaltende Geduld, Zuspruch, Liebe, Freude und Glück.

Bernd Herrmann, Kassel

Vielen Kolleginnen und Kollegen – nicht nur aus der Rechtsmedizin und der Pädiatrie – möchte ich für die zahlreichen anregenden Diskussionen und Hinweise zu den Themen dieses Buches danken.

Mein ganz besonderer Dank aber gilt weiterhin meiner Familie, die mit Geduld, großem Verständnis und Rücksichtnahme die Arbeit an den Manuskripten toleriert und den notwendigen Rückhalt gegeben hat.

Reinhard Dettmeyer, Gießen

Das Thema Kindesmisshandlung begleitet mich, seit ich das Fach Rechtsmedizin ergriffen habe. Ich danke allen Kolleginnen und Kollegen, die mit mir an dem Thema innerhalb und außerhalb der Rechtsmedizin seit Jahren arbeiten und ohne deren Kooperation meine Arbeit nicht möglich wäre.

Ich danke meiner Familie und insbesondere Peter, Georg & Ruth für die geduldig ertragene Abwesenheit.

Sibylle Banaschak, Köln

Ich danke Reinhard Wolff, Pieter Hutz und Irene Johns stellvertretend für viele aus dem Kreis der Kinderschutz-Zentren in Deutschland, die mein Interesse am Thema Gewalt gegen Kinder aus interdisziplinärer Sicht unterstützt und vertieft haben.

In Lübeck danke ich besonders Josef Althaus und Jürgen Brenner, die mit mir gemeinsam die Arbeit des Kinderschutz-Zentrums begründet haben und seit 20 Jahren begleiten. Dem hiesigen Institut für Rechtsmedizin, insbesondere Ivana Gerling, besonderer Dank für die fachlich so wertvolle, aber unaufgeregte Kooperation über lange Jahre, ebenso den Kolleginnen und Kollegen der Klinik für Kinderchirurgie und der Kinder- und Jugendmedizin für das anhaltende Interesse und die Bereitschaft zum gemeinsamen Lernen.

Ute Thyen, Lübeck

Kassel, Gießen, Köln, Lübeck, Februar 2016

Die Autoren



Dr. med. Bernd Herrmann, Kassel

Arzt für Kinder- und Jugendmedizin, Neonatologie, Kinder- und Jugendgynäkologie. Oberarzt der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Klinikum Kassel. Seit 1992 Schwerpunktthema medizinische Diagnostik bei Kindesmisshandlung. Seit 1998 ärztliche Kinderschutz- und Kindergynäkologieambulanz, 2003 interdisziplinäre Kinderschutzgruppe. Seit 1998 Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (ab 2009 der Nachfolgeorganisation DGfPI), Mitherausgeber der interdisziplinären Fachzeitschrift Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Mitglied der Expertenfakultät der International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect. Seit 2003 Ausrichter der »Kasseler Fortbildung«, 2005 Preis Prävention im Kindesalter des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte Deutschlands. 2008 Mitverfasser der revidierten AWMF-Leitlinien Kindesmisshandlung, Mitglied der Steuerungsgruppe der S3+ Leitlinie 2015–2017. Seit 2008 Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (ehemals AG KiM) und der Kommission Kinderschutz der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ).



Prof. Dr. med. Dr. jur. Reinhard Dettmeyer, Gießen

Studium an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf und an der Ruhr-Universität Bochum. Arzt für Rechtsmedizin und Pathologie. Seit Oktober 2007 Direktor des Instituts für Rechtsmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen. Als Rechtsmediziner seit 1996 befasst mit der gutachterlichen Beurteilung von Kindesmisshandlung und Fällen von Kindestötung, sowohl für die Justizbehörden bzw. vor Gericht als auch konsiliarisch. Publikationen u. a. zu Fragen des Medizinrechts, insbesondere zur Rolle des medizinischen Sachverständigen und zur strafprozessualen Beweissicherung. Vorträge zum Thema »Gewalt gegen Kinder« und insbesondere zur ärztlichen Schweigepflicht sowie weiteren Rechtsfragen bei Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch bzw. häuslicher Gewalt.



PD Dr. med. Sibylle Banaschak, Köln

Ärztin für Rechtsmedizin, seit Ende 2006 leitende Oberärztin am Institut für Rechtsmedizin der Uniklinik Köln. Seit fast 20 Jahren Beschäftigung mit dem Thema Kindesmisshandlung, Schwerpunkte sexueller Missbrauch und körperliche Kindesmisshandlung. Autorin von Fachartikeln und Buchbeiträgen zu diesem Thema. Zahlreiche (Fortbildungs-)Vorträge zum Thema Kindesmisshandlung/häusliche Gewalt und anderen rechtsmedizinischen Themen. Mitglied im Vorstand der AG Kinderschutz in der Medizin (AG KiM).



Prof. Dr. med. Ute Thyen, Lübeck

Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie, Public Health und Epidemiologie. Leiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums, Stellvertretende Klinikdirektorin der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universität zu Lübeck. Studium in Aachen, Edinburgh und Lübeck. 1987 Promotion zum Thema Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – Prävention und therapeutische Intervention. Aufbau des Kinderschutz-Zentrums Lübeck 1990 und seitdem Vorsitzende des Kuratoriums. Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin und Preisträgerin des Stefan-Engel-Wissenschaftspreises. Vorsitzende der Wissenschaftlichen Beiräte des Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) 2001–2008 und des Nationalen Zentrums Frühe Hilfen seit 2008. 2008 Mitverfasserin der revidierten AWMF-Leitlinien Kindesmisshandlung, Autorin zahlreicher Publikationen zum Thema Gewalt gegen Kinder, familienorientierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen, Frühprävention und -förderung, Lebensqualität bei chronischer Erkrankung und Behinderung und Ethik in der Medizin.

Inhaltsverzeichnis

Hinweis zum Downloadmaterial

Folgendes Material finden Sie zum Download unter
http://www.springer.com/978-3-662-48843-0

- Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma – Anamnese
- Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma – Untersuchung
- Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma – Diagnostik und weiteres Procedere
- Dokumentationsschema für Verletzuntgen, Hämatome, Verbrennungen bei V.a. nichtakzidentellen Unfallmechanismus
- Kinder-/Jugendgynäkologischer Untersuchungsbefund
- Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch

Einleitung

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_1,

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – ein medizinisches Thema? Ist Misshandlung eine Krankheit, eine Diagnose, etwas Behandelbares? Oder eine Interaktionsstörung mit oft schwerwiegender Wirkung auf Seele und Körper der betroffenen Kinder? Nur ein soziales oder psychologisches Problem? Verursacht durch einen Gendefekt bei Tätern? Welche Rolle spielen Ärzte in diesem Zusammenhang: Diagnostiker, Benenner, Behandler, Helfer, Kinderschützer, Zuschauer? Warum leider so oft nur Letzteres? Wo haben Kinder- und Jugendärzte und andere medizinische Fachdisziplinen ihren Platz in der notwendigerweise multiprofessionellen Auseinandersetzung mit Misshandlungen?

Gewalt gegen Kinder und Jugendliche – dass sie schadet, bestreitet (fast) niemand. Die WHO erkennt und benennt den Zusammenhang zwischen einer Vielzahl chronischer Leiden bei Erwachsenen und Misshandlungen in der Kindheit und rückt Kindesmisshandlung als wichtiges Thema auf ihre gesundheitspolitische Agenda (WHO 2002). Neurobiologische Forschungen zeigen, dass chronische Misshandlungen zu bleibenden Beeinträchtigungen der kognitiven und emotionsregulierenden Funktionen, zu EEG-Veränderungen und zu messbaren Verringerungen des Hirnvolumens führen können.

Zahlreiche, wenngleich oft wenig sachliche Berichte der Medien reflektieren (oder provozieren?) ein hohes Maß an öffentlichem Interesse. Sie reichen vom Hervorzerren eines Tabuthemas ans Licht der Öffentlichkeit bis zu Debatten über den »Missbrauch mit dem Missbrauch«, einem hysterischen Übermaß an professioneller Hexenjagd auf zu Unrecht verdächtigte Eltern, insbesondere auf Väter. In der zweiten Hälfte des letzten Jahrzehnts fanden tragische Todesfälle von Kindern eine starke mediale Aufmerksamkeit. Sie bestimmten die öffentliche Debatte über Kinderschutz eine Zeitlang erheblich, obgleich sie nicht repräsentativ für das breite Spektrum der Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen sind. Daher waren die Bemühungen, diesen Todesfällen zu begegnen, zwar lobenswert und notwendig, in ihrer Effektivität bezüglich des allgemeinen Kinderschutzes jedoch wenig zielführend. Seit etwa 2010 bestimmt der »Skandalkomplex Missbrauch in kirchlichen und reformpädagogischen Institutionen« wesentlich die öffentliche Debatte.

Kindesmisshandlung ist keine eigene Erkrankung im engeren Sinne. Neben den rein körperlichen, behandelbaren und in der Regel abheilenden Verletzungsfolgen und Folgen einer Mangelversorgung für die körperliche und geistige Entwicklung kommen jedoch regelmäßig psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten bei betroffenen Kindern und Jugendlichen dazu. Sie sind mit erheblichen seelischen Leiden, Kränkungen und belasteten individuellen Lebensläufen verbunden. Hinsichtlich der psychischen Gesundheit sind sie mit einer ungünstigen Prognose verknüpft. Kindesmisshandlung und -vernachlässigung ist daher ein epidemiologisch bedeutsames und gesellschaftlich äußerst relevantes Thema und zudem mit hohen gesellschaftlichen und ökonomischen Folgekosten behaftet.

1.1 Die Rolle der Ärzte im Kinderschutz

Epidemiologische Daten zeigen, dass es sich bei Misshandlungen und Vernachlässigung von Kindern um ein bedeutendes Problem handelt: Zahlreiche internationale und wenige nationale Prävalenzstudien für Kindesmisshandlungen und -vernachlässigungen zeigen, dass die Prävalenz zumindest im einstelligen, wahrscheinlich sogar eher im zweistelligen Prozentbereich liegt.

Auch für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen im Gesundheitswesen ist die Konfrontation mit Gewalt ein belastendes und oft mit Unsicherheiten behaftetes Thema. Die WHO sieht jedoch gerade Fachleute des Gesundheitswesens besonders in der Pflicht, von Misshandlung betroffene Kinder und Jugendliche zu erkennen und ihren Schutz sowie eine geeignete Therapie durch multiprofessionelle Kooperation zu sichern (WHO 2002).

Im Gegensatz dazu stand bis vor wenigen Jahren – bis auf wenige Ausnahmen – das im medizinischen und gerade im kinder- und jugendärztlichen Bereich geringe Ausmaß an Forschung, Publikationen, Vorträgen auf Kinderärztekongressen und bis 2008 das Fehlen eines adäquaten deutschsprachigen medizinischen Fach- und Handbuches zum Um-

gang mit Kindesmisshandlung und Vernachlässigung.

Seit Erscheinen der ersten Auflage dieses Buches hat sich der medizinische Kinderschutz erfreulich intensiv weiterentwickelt und professionalisiert (vgl. ▶ Kap. 1.5 Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes). Die vielfältigen Bemühungen und Initiativen der letzten Jahre tragen Früchte, den medizinischen Kinderschutz sowohl zu einer differenzierten und fundierten Subdisziplin zu entwickeln, als auch Bestandteil kinder- und jugendmedizinischer Basisversorgung werden zu lassen.

Die im Gegensatz zum angloamerikanischen Sprachraum in Deutschland von der klinischen Pädiatrie bislang weitgehend ausgeklammerte wissenschaftliche Forschung und Lehre zu den Erscheinungsformen insbesondere körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung wurde bis vor Kurzem vorwiegend von engagierten Rechtsmedizinern betrieben. Zu wenig geläufig war lange Zeit auch die Möglichkeit, sich von Rechtsmedizinern konsiliarisch beraten zu lassen, denen gerade auch prämortal eine wichtige Rolle bei der fachlichen Beurteilung von Gewaltopfern zukommt. Sie können aber erst – soweit regional verfügbar – involviert werden, wenn zumindest ein Verdacht entstanden ist und diesem nachgegangen wird. Eine enge flächendeckende Versorgung mit rechtsmedizinischen Instituten ist jedoch nicht gegeben. Zudem sind Kinder- und Jugendärzte, Allgemeinmediziner und (Kinder-) Chirurgen ungleich häufiger mit verletzten Kindern konfrontiert. Deshalb ist es sehr zu begrüßen, dass sich auch diese Fachgruppen zunehmend mit den Grundlagen einer klinischen Diagnostik von Misshandlungen und Vernachlässigung beschäftigen. Für den (kinder-)ärztlichen Bereich wäre der klinisch-diagnostische Anteil am Umgang mit Kindesmisshandlung und -vernachlässigung mit dem Begriff **forensische Pädiatrie** bzw. **Kinderschutzmedizin** am besten umschrieben. Für den umfassenden und fachlich fundierten Umgang aller Akteure im Gesundheitswesen mit Kindeswohlgefährdungen hat sich mittlerweile der Begriff **medizinischer Kinderschutz** oder **Kinderschutz in der Medizin** etabliert.

Je nach Art der Kindesmisshandlung oder -vernachlässigung und je nach Rolle, Funktion und Spezialisierung der verschiedenen medizinischen Berufsgruppen ergeben sich unterschiedliche Aufgaben und Schwerpunkte des medizinischen Beitrags zum multiprofessionellen Kinderschutz. Ärzte spielen insbesondere bei der Diagnose einer körperlichen Kindesmisshandlung eine herausragende Rolle. Besonders im Säuglings- und Kleinkindalter, dem Hauptrisikoalter für Misshandlungen, sind Kinder- und Jugendärzte oft die einzigen Fachleute, die regelmäßig Kinder dieser Altersgruppe sehen. Im ambulanten niedergelassenen Bereich liegt der Schwerpunkt oft noch vor der manifesten Misshandlung im Erkennen von und Intervenieren bei gestörten Eltern-Kind-Beziehungen und den daraus resultierenden Risiken wie Vernachlässigung und emotionaler Misshandlung für die Kinder. Dazu kommen die genaue Verlaufsbeobachtung unklarer oder verdächtiger Konstellationen und schließlich die Überleitung in den stationären Bereich bei konkreten Verdachtsfällen. In der Klinik müssen Befunde, die auf eine Misshandlung oder Vernachlässigung hinweisen, durch eine gezielte und rationale Diagnostik und Beobachtung geklärt und gegen eine Reihe von Differenzialdiagnosen abgegrenzt werden. Dies erfordert die Zusammenarbeit von forensisch erfahrenen Kinder- und Jugendärzten, Kinder- oder Unfallchirurgen, Neuro- und Sozialpädiatern, Rechtsmedizinern, Radiologen, Augenärzten, Gynäkologen, Kinder- und Jugendpsychiatern, aber auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aus der Pflege, Psychologie und dem Sozialdienst. Die Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch erfordert ein sensibles und kindergynäkologisch hochspezialisiertes Vorgehen, kann jedoch aufgrund der Seltenheit auffälliger Befunde nur in Einzelfällen zur Diagnosefindung beitragen. Der ärztliche Beitrag zu den Frühen Hilfen zielt dagegen eher auf Aspekte der Prävention bzw. frühen Erkennung und Intervention gestörter Eltern-Kind-Interaktionen. Dies spielt auch in der langfristigen Betreuung von Familien durch niedergelassene Kinder- und Jugendärzte eine wichtige Rolle.

Abgesehen von fachlicher Unsicherheit über die Wertigkeit klinischer Befunde und von mangelnder Erfahrung in der Kooperation mit dem psychosozialen Interventionssystem verhindert bei Ärzten die Furcht vor einer falsch-positiven Diagnose die fachliche Auseinandersetzung. Dem sind jedoch die vermutlich weitaus häufigeren Fehler im Sinne

übersehener Diagnosen (falsch-negativ) bei Misshandlung gegenüberzustellen. Da körperliche und sexuelle Misshandlungen und Vernachlässigungen häufig chronisch-rezidivierend und eskalierend verlaufen, können sie bei tatsächlich misshandelten Kindern zu schwereren Verletzungen, Behinderungen oder gar Todesfällen bzw. zu tiefgreifenden seelischen Traumatisierungen führen.

Noch stärker als bisher sollte die Thematik im Lernzielkatalog der Studierenden, den Weiterbildungskatalogen der Kinder- und Jugendmedizin und den übrigen beteiligten Fachgebieten und Schwerpunktweiterbildungen sowie in den Fortbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte verankert werden.

Erst fachliches Grundwissen ermöglicht Ärzten, die **Kardinalfrage bei Misshandlung und Vernachlässigung**, nämlich die der Plausibilität zu beantworten: Ist eine vorgefundene Verletzung mit dem angegebenen (oder nicht angegebenen) Entstehungsmechanismus vereinbar? Weitere Fragen wirft die Genese einer Gedeihstörung durch Vernachlässigung oder einer auffälligen sozial-emotionalen Entwicklung durch emotionale Misshandlung auf. Kindern und Jugendlichen kann nur dann geholfen werden, wenn Kindesmisshandlung und -vernachlässigung und damit eine Kindeswohlgefährdung erkannt und fachkundig abgeklärt werden.

Auch die Kenntnis der **Rechtslage** gehört dazu: Eine gesetzliche Meldepflicht besteht derzeit nicht; Ärzte gehören durch ihren Beruf zu den Geheimnisträgern; sie sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben ein Zeugnisverweigerungsrecht. Dem Rechtsgebot der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB ist im Sinne einer sorgfältigen Güterabwägung jedoch das gefährdete Kindeswohl gegenüberzustellen. Kann das Kindeswohl nicht anders geschützt werden, darf die Schweigepflicht gebrochen werden (§ 34 StGB – rechtfertigender Notstand). Das gefährdete Kindeswohl ist in dieser Abwägung das höhere Rechtsgut. Zudem steht der Arzt zu seinem Patienten, dem gefährdeten Kind, in einer Garanten-(»Beschützer«-)Stellung. Das bedeutet, er hat durch seine berufliche Qualifikation und das Arzt-Patient-Verhältnis eine höhere Verpflichtung, aktiv einer Rechtsgutverletzung entgegenzutreten, als ein Laie. Welches Mittel am besten geeignet ist, das Kind zu schützen, sollte bei allen Überlegungen den Ausschlag geben.

Das am 01.01.2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz (BKischG; »Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen«) hat in dieser Hinsicht weder die Schweigepflicht eingeschränkt, noch eine grundsätzlich neue Rechtslage geschaffen. Im Sinne einer Befugnisnorm für Berufsgeheimnisträger hat es jedoch die Informationsweitergabe an das Jugendamt in Form eines stufenweisen Vorgehens mit dem Ziel der Inanspruchnahme von Hilfen beschrieben. Erst wenn die Gespräche mit den Sorgeberechtigten scheitern und keine Hilfen für das Kind angenommen werden, oder durch dieses Vorgehen das Kindeswohl gefährdet wird, ist eine Weitergabe der Daten an das zuständige Jugendamt ohne vorherige Information der Sorgeberechtigten erlaubt. Der Verzicht auf eine gesetzliche Meldepflicht von Verdachtsfällen ermöglicht, das in Deutschland weitgehend akzeptierte Konzept »Hilfe statt Strafe« zu praktizieren, wenn dies nach einer gründlichen Bewertung der Situation des Kindes als sinnvoll und Erfolg versprechend erachtet wird. Hilfe, einschließlich Prävention, wird erst möglich durch eine Mitteilung von Misshandlungs-, Missbrauchs- und Vernachlässigungsfällen an Jugendämter und Familiengerichte, die das Wächteramt über die Rechte der Kinder auf Schutz und gesundes Aufwachsen übernehmen. Eine Verpflichtung zur Strafanzeige einer Kindesmisshandlung besteht jedoch nicht. Aber auch eine Beteiligung der Polizei und Staatsanwaltschaft gehört zu einem umfassenden Konzept des Umgangs mit »Gewalt gegen Kinder«; daher ist die Kenntnis einschlägiger gesetzlicher Normen und ihrer Konsequenzen für die Opfer von großer Bedeutung.

1.2 Epidemiologie und Gesellschaft

Das amerikanische Pflichtmeldesystem, mit 2,5–3,9 Millionen Meldungen im Jahr und 0,6–1 Million bestätigten Fällen jährlich, beschreibt einen Anteil von 62–79,5% Vernachlässigungen, 17–19% körperlichen, 8–9% sexuellen und 7–8% seelischen Misshandlungen (2013: 3,9 Millionen Meldungen, 678.932 (= 17,5%) bestätigte Fälle, entsprechend

9,1/1.000 Kinder insgesamt, im ersten Lebensjahr 23,1/1.000 – Child Maltreatment 2013). Für Deutschland lagen bislang kaum valide Daten zur Häufigkeit von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung vor. In der Folge des Bundeskinderschutzgesetzes werden von den Jugendämtern ab 2013 Daten zu den Anlässen der Intervention in Familien und die Häufigkeit von Kindeswohlgefährdung sowie ihre Konsequenzen gesammelt und bundesweit ausgewertet. Auch hier waren in zwei Drittel der Fälle Formen der Vernachlässigung sowohl bei akuter als auch bei latenter Kindeswohlgefährdung die Ursache für die Meldung (Kaufhold u. Pothmann 2011). Trotz methodischer Einschränkungen zeigen die vorliegenden Prävalenzstudien aus den Einrichtungen des Kinderschutzes ein hohes Maß an internationaler Übereinstimmung. Diese Informationen aus Routinedaten der Jugendämter oder speziellen Einrichtungen des staatlichen Kinderschutzes weichen deutlich ab von Surveydaten, bei denen meist erwachsene Personen nach Gewalterfahrungen in der Kindheit befragt werden. Dabei können sowohl die Erfahrung von körperlicher als auch von sexueller Gewalt gut operationalisiert werden, weniger gut dagegen Erfahrungen von allen Formen der Vernachlässigung und emotionaler Misshandlung.

In Deutschland berichteten in einer repräsentativen Prävalenzstudie knapp 15% der befragten Erwachsenen von emotionaler Misshandlung, 12% von körperlicher Misshandlung, 12,5% von sexuellen Misshandlungen und 14,5% über schwere oder extreme Vernachlässigung (Häuser et al. 2011). In einer etwas älteren Studie hatten knapp 40% aller befragten Erwachsenen berichtet, dass sie mehr als einmal schwere körperliche Gewalt durch die Eltern erlitten hatten, wobei knapp 5% sich als schwer betroffen beschrieben. Sexuelle Misshandlung mit Körperkontakt vor dem Alter von 18 Jahren gaben 9,6% der Frauen und 3,2% der Männer an. Etwa 9% hatten Gewalt zwischen den Eltern beobachtet. Sehr häufig berichteten die Befragten über mehr als eine Form der erlebten Gewalt (Wetzels 1997).

Aus einer Vielzahl von Prävalenzstudien mit Befragungen von Jugendlichen und Erwachsenen lassen sich weltweit die Prävalenzraten sexuellen Missbrauchs in der Kindheit bei Frauen konservativ auf zwischen 10 und 15% und bei Männern zwischen 5 und 10% schätzen. Eine aktuelle Metanalyse gibt bei 331 ausgewerteten Studien und einem Gesamtkollektiv von 9,91 Millionen Menschen eine Gesamtprävalenz von 12,7% an (Mädchen 18%, Jungen 7,7%; Stoltenborgh 2011).

Eine andere Datenquelle für verlässliche und vergleichbare Statistiken bieten die polizeilichen Daten zu Misshandlung und Vernachlässigung mit Todesfolge. Sie stellen jedoch nur den Ausschnitt der angezeigten bzw. polizeilich bekannt gewordenen Fälle dar. Von den 1.500 bis 2.000 gesicherten misshandlungsbedingten Todesfällen pro Jahr in den USA sind mehr auf Vernachlässigung als auf aktive Misshandlung zurückzuführen. Davon entfallen 76% auf Kinder unter 4 Jahren. Kinder unter einem Jahr sind dabei mit 41% besonders stark betroffen.

Die in ► Kap. 13 skizzierten psychischen Folgen und das durch Kindesmisshandlung und -vernachlässigung entstehende Leid sollten ein hinreichendes und starkes Argument für eine massive Anstrengung der Gesellschaft zu Prävention und Intervention sein; aber selbst eine nüchterne Kosten-Nutzen-Rechnung würde ausreichen, um erhebliche Bemühungen zur Verbesserung der beschriebenen Zustände zu initiieren.

Konfrontiert mit dem erheblichen und kaum messbaren Ausmaß individuellen Leids und seelischer Schädigungen sowie in hohem Maße belasteter individueller Lebensläufe, muss sich die Gesellschaft auch die Frage nach den ökonomischen Folgekosten von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung stellen.

Die WHO gibt für das Jahr 1996 Gesamtkosten von 12,4 Milliarden Dollar in den USA und 1,2 Milliarden Dollar nur für akute Jugendhilfeinterventionen in Großbritannien an (WHO 2002). In einer ausführlichen Kostenkalkulation von »Prevent Child Abuse America« (www.preventchildabuse.org) wurden die Kosten für die direkten Folgen (medizinische Behandlung, psychiatrische Erkrankungen, Jugendhilfe, Rechtssystem) auf mehr als 24 Milliarden Dollar für das Jahr 2001 geschätzt, die indirekten Kosten (Betreuung behinderter Misshandlungsopfer, Kriminalität, verlorene Produktivität und Steuerausfälle der Gesellschaft) auf knapp 70 Mil-

liarden Dollar, zusammen also etwa 94 Milliarden Dollar jährlich. Die Umrechnung auf die Bevölkerungszahl Deutschlands ergäbe einen Betrag von etwa 29 Milliarden Euro jährlich. Eine deutsche Untersuchung berechnet die Folgekosten aller Misshandlungsformen auf 11,1 bis 29,8 Milliarden Euro jährlich für Deutschland (Habetha et al. 2012). Die »Investition« von finanziellen Ressourcen zur Verhinderung individuellen Leids in ein effektives Kinderschutzsystem würde somit nicht nur dem moralischen Anspruch einer entwickelten Gesellschaft entsprechen und die Entwicklungschancen von Kindern und Jugendlichen und ihre spätere Teilhabe am gesellschaftlichen Leben verbessern, sondern sich auch langfristig ökonomisch »lohnen« (vgl. auch ► Kap. 13.6.4).

1.3 Gewalt gegen Kinder in der Geschichte und die Rolle der Medizin im Kinderschutz

Gewalt gegen Kinder ist kein neues Phänomen. Neu ist die Bewertung dieses Verhaltens. Das, was wir heute Misshandlung oder Vernachlässigung nennen, zu missbilligen, ist historisch betrachtet eine relativ neue Entwicklung. Unsere Verwendung des Begriffs »Misshandlung« entspricht heutigen Vorstellungen und lässt sich nicht auf die Vergangenheit übertragen. Genauer gesagt, Kindesmisshandlung existierte früher weder als Begriff noch als Konzept. Das Verhältnis von Erwachsenen zu Kindern unterlag im Lauf der Zeit einem erheblichen Wandel und war nicht nur zwischen den verschiedenen Kulturen unterschiedlich, sondern auch zwischen den gesellschaftlichen Klassen. Bis in die Zeit der Aufklärung hinein galten Kinder als Besitz der Eltern und nicht als eigenständige Subjekte. Gilt heute das Paradigma der Kinder- und Jugendmedizin »Kinder sind keine kleinen Erwachsenen«, so traf damals das genaue Gegenteil zu: Kinder *waren* kleine Erwachsene. Und sie mussten selbstverständlich zum Familienunterhalt beitragen, jedoch ohne eine eigene Rechtsposition innezuhaben. Die Einstellung Kindern gegenüber war zu bestimmten Zeiten aufgrund der hohen Kindersterblichkeit eher fatalistisch und sehr viel weniger von gefühlsmäßigen Bindungen geprägt als heute. Seit der Aufklärung und der Entwicklung des Konzeptes allgemeiner Menschenrechte können zum einen eine zunehmende Wertschätzung und Schutz zwischenmenschlicher Beziehungen beobachtet werden, zum andern auch die Entwicklung einer innigen Gefühlsbindung zu Kindern, wie sie heute üblich ist. Die Entwicklung und Umsetzung der **Rechte** von Kindern hinkt jedoch bis heute den allgemeinen Menschenrechten hinterher.

Je weiter man in die Geschichte zurückgeht, umso geringer waren der Stellenwert und die Rechte von Kindern. Aus über 5.000 Jahre alten Tontafeln der Sumerer und vielen Zeugnissen der antiken Hochkulturen geht hervor, dass Infantizid nicht erwünschter oder behinderter Kinder üblich war, in Rom teilweise gar gefordert wurde. Vielfach wurden Kinder aus religiösen Gründen geopfert, z. B. in Zentralamerika. Im antiken Griechenland und in Rom war die »Benutzung« von Kindern für sexuelle Zwecke legitim, Pädophilie wurde als »Knabenliebe« z. T. idealisiert. Im Alten Testament galt Vergewaltigung als Diebstahlsdelikt, der Talmud vermerkte, dass Geschlechtsverkehr mit Kindern unter drei Jahren »ungültig« sei. Nicht der Aspekt einer Schädigung des Opfers stand im Vordergrund, sondern der seiner »Wertminderung« durch Verlust von Ehre oder Jungfräulichkeit oder später aus kirchlicher Sicht der Aspekt der moralischen Verurteilung von »Unzucht« oder »Blutschande«. In der Bibel gibt es zahllose Zitate, die die Züchtigung von Kindern mit Stock und Rute empfehlen. Dennoch wurden, im Gegensatz zur Sicht des Kindes als Objekt im griechischen, römischen und germanischen Weltbild, zivilisationsgeschichtlich erste Schritte in Richtung basaler Kinderrechte durch das christliche Weltbild eingeleitet.

Der Begriff »Kindheit« als eigenständiges Konzept ist ebenfalls eine relativ neue Erscheinung. Mit der Etablierung der Pädagogik im 18. Jahrhundert, insbesondere mit dem Namen Rousseau verknüpft, begann man erstmals, Kinder als vernunftbegabte, förderungs- und schutzwürdige Wesen wahrzunehmen. Dies fiel im Kontext zunehmender humanistischer und christlicher Moralvorstellungen im Bürgertum auf fruchtbaren Boden. Aufgrund der sozial harten Realität veränderte sich die Einstellung in den unteren Schichten dagegen erst, als sich auch die allgemeinen Lebensverhältnisse besserten. Nachdem



Abb. 1.1 Gewalt gegen Kinder – ein allgegenwärtiges Phänomen. (Aus: Erasmo Roterodami Encomium moriae [Ausg. Basel 1515]; mit Randzeichnungen von H. Holbein d.J. Dtsch. Erasmus von Rotterdam, Das Lob der Torheit; hier Ausg. Birkhäuser Verlag, Basel, 1966, Randzeichnung S. 104)

Kinderarbeit schon immer eher die Regel als die Ausnahme gewesen war, verschärfte sich dies im 19. Jahrhundert dramatisch im Rahmen der Industrialisierung. Es zeigte sich jedoch, dass es langfristig weder ökonomisch noch militärisch sinnvoll war, durch die inhumanen Arbeitsbedingungen schwere Erkrankungen, Behinderungen oder gar den Tod von Kindern in Kauf zu nehmen. Somit trugen gerade auch wirtschaftliche Interessen dazu bei, die Arbeits- und Lebensbedingungen und letztlich auch den Schutz von Kindern zu verbessern. Parallel wuchs das Interesse am Kinderschutz auch, um die Gesellschaft vor den Folgen, nämlich Kriminalität und sozialer Verwahrlosung, zu bewahren.

Die Kindersterblichkeit in den ersten drei Lebensjahren betrug im 18. Jahrhundert über 30%, in Waisenhäusern und Kinderheimen lag sie noch erheblich darüber. Im 18. und bis weit ins 19. Jahrhundert betrug die Arbeitszeit von Kindern 14–16 Stunden pro Tag unter heute unvorstellbaren Bedingungen. Im 19. Jahrhundert waren Geschlechtskrankheiten bei Kindern weit verbreitet. Dabei wurde jedoch von Ärzten die Übertragung durch sexuellen Missbrauch nicht Betracht gezogen, sondern alternative Deutungen, wie mangelnde Hygiene, postuliert. Körperliche Züchtigung zuhause und in der Schule wurden als normales, geradezu notwendiges Korrektiv und probates Erziehungsmittel angesehen (Abb. 1.1). Noch Anfang der 60er Jahre billigten etwa 80% der Eltern in Deutschland das Schlagen und 35% die Züchtigung mit dem Rohrstock. In der Bundesrepublik Deutschland wurde das Züchtigungsrecht für Lehrkräfte an Schulen (»Prügelstrafe«) erst 1973 abgeschafft, nur im »Freistaat Bayern [bestehe] ein gewohnheitsrechtliches Züchtigungsrecht«, so das Bayerische Oberste Landesgericht noch 1979. 1980 fiel jedoch auch diese »letzte Bastion«, und seit November 2000 gilt das Recht auf gewaltfreie Erziehung in Deutschland auch in Familien (§ 1631 BGB; ► Kap. 20).

1.4 Entwicklung des allgemeinen Kinderschutzes

Nach der Wahrnehmung der Kindheit als besondere Lebensphase begann sich erstmals im 19. Jahrhundert die Erkenntnis zu entwickeln, dass es erforderlich ist, Kinder vor Gewalt und Ausbeutung zu schützen.

19. Jahrhundert

In den frühen Jahren des Kapitalismus im 19. Jahrhundert kam es in der sich rasch ausbreitenden Industriegesellschaft zu einem massiven Anstieg der Ausbeutung von Kindern und zu einer um sich greifenden Vernachlässigung von Kindern aufgrund von Armut und auseinanderbrechenden Familien. Als Reaktion darauf entwickelten sich Anfang des Jahrhunderts in Deutschland die ersten Kinderschutzinitiativen. 1829 wurde die Gesellschaft zum Schutz sittlich vernachlässigter Kinder gegründet – ein christlich motivierter Ansatz zum




Abb. 1.2 Mary Ellen 1874 bei ihrer Inobhutnahme und danach in ihrer Pflegefamilie. (Abbildung freundlicherweise überlassen von den George Sim Johnston Archives of The New York Society for the Prevention of Cruelty to Children)

Schutz deprivierter Kinder –, die als Vorläufer des Kinderschutzbundes gilt. Politische Organisationen interessierten sich aus bevölkerungspolitischen und militärischen Gründen für die negativen gesundheitlichen Auswirkungen der Fabrikarbeit auf Kinder. U. a. auf ihr Betreiben hin wurde 1839 das erste Arbeitsschutzgesetz für Kinder erlassen. Das Phänomen der Gewalt an Kindern wurde einer größeren Öffentlichkeit 1874 durch den Fall der Mary Ellen (Abb. 1.2) in New York bewusst.

Das Schicksal des offensichtlich schwerst misshandelten, damals 10-jährige Mädchens konnte von der Gemeindeschwester Etta Wheeler erst mit Hilfe des angesehenen Gründers und Präsidenten der American Society for the Prevention of Cruelty to Animals, Henry Bergh, vor Gericht gebracht werden. Aufgrund der erheblichen öffentlichen Resonanz wurde 1875 als weltweit erste Kinderschutzvereinigung die New York Society for Prevention of Cruelty to Children als Abspaltung der o. g. Tierschutzgesellschaft gegründet. Ab 1882 entstanden nach dem New Yorker Vorbild ähnliche Organisationen in Liverpool und London, denen 1889 die National Society for the Prevention of Cruelty to Children folgte. Im selben Jahr noch verabschiedete das Parlament einen »Prevention of Cruelty to Children Act«. 1898 wurde in Berlin der Verein zum Schutze der Kinder gegen Ausbeutung und Misshandlung gegründet.

20. Jahrhundert

Die Wende in der öffentlichen Wahrnehmung in Deutschland wurde von juristischen Reformen begleitet: Das Bürgerliche Gesetzbuch vom 1. Januar 1900 führte Strafen für Eltern ein, die ihre Kinder misshandelten oder vernachlässigten. Ein Zusatz im Strafrecht setzte 1912 Kindesmisshandlung mit schwerer Körperverletzung gleich. Auch die Weimarer Verfassung von 1919 forderte für »… jedes deutsche Kind [das] Recht auf Erziehung zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit…«. Das Jugendamt als Institution entstand 1925 im Zuge des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes.

Das **Nationalsozialistische Regime** (1933–1945) zentralisierte das Kinderschutzsystem und verstaatlichte den Bereich der gemeinnützigen Sozialarbeit. Das Jugendamt diente nun als Instrument ideologischer Lenkung und staatlicher Kontrolle von Familien. Der Vorläufer des Kinderschutzbundes beschloss freiwillig seine Auflösung und Integration in die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt. Die Na-

tionalsozialisten nutzten deviantes Verhalten und Kindesmissbrauch zur Propaganda (»Volksschädlinge«) und implementierten einen stärker bestrafenden Ansatz im Umgang mit Kindesmisshandlung. Dies diente weniger der Verwirklichung der Rechte des Kindes als der Sicherung totalitärer sozialer Kontrolle. Im Gegenteil, dasselbe Regime war für die körperliche und seelische Misshandlung von Kindern und Jugendlichen in den Erziehungseinrichtungen des Regimes, massenhafte Fremdunterbringung von Kindern lediger Mütter sowie die Ausbeutung und Ermordung von Millionen »nichtarischer« oder behinderter Kinder und Erwachsener verantwortlich.

1924 veröffentlichte der Völkerbund in der sog. **Genfer Erklärung** die »Children's Charta«, in der grundlegende Rechte für Kinder formuliert waren. Diese wurde nach mehrjährigen Vorarbeiten durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen 1959 in eine **Erklärung der Rechte des Kindes** überführt. 1989 legte die UN-Generalversammlung das bis heute wichtigste Menschenrechtsdokument für Kinder, die **Konvention über die Rechte des Kindes** vor, die inzwischen alle Staaten der Welt – mit Ausnahme von den USA – unterzeichnet haben. In den letzten 20 Jahren haben sich neben der WHO (u. a. mit dem Weltgesundheitsbericht zu Gewalt 2002) zahlreiche weitere, weltweit agierende Nicht-Regierungs-Organisationen (NGO), wie Terres des Hommes, Save the Children und ECPAT (End Child Prostitution, Pornography and Trafficking of Children for Sexual Purposes), verstärkt dem Thema gewidmet. In Deutschland bemüht sich aktuell das Aktionsbündnis Kinderrechte (Deutsche Liga für das Kind, Unicef, Kinderschutzbund) für eine Aufnahme von speziellen Kinderrechten in das Grundgesetz (www.kinderrechte-ins-grundgesetz.de). Die DAKJ (Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin) setzt sich seit 2015 für die Einsetzung eines Kinderbeauftragten im Deutschen Bundestag ein (www.kinderbeauftragter-in-den-bundestag.de).

1953 wurde in Hamburg der **Deutsche Kinderschutzbund** gegründet, der heute mit rund 50.000 Mitgliedern und über 400 Ortsverbänden der größte Verband seiner Art in Deutschland ist.

Im Gegensatz zur Bundesrepublik wurde in der ehemaligen **Deutschen Demokratischen Republik** (DDR) ein obligatorisches Meldesystem von Kindesmisshandlungen an die öffentlichen Gesundheitsbehörden oder die Polizei eingeführt, auch wenn dabei gesellschaftliche Ursachen negiert und individuelles Elternversagen in den Vordergrund gestellt wurde. Verglichen mit westlichen Staaten verbrachten Kinder und Jugendliche erheblich mehr Zeit in Kindertagesstätten, da über 90% der Mütter berufstätig waren. Dieses umfassende Betreuungssystem für Kinder mit enger Überwachung und früher Versorgung könnte einerseits tatsächlich die Ausweitung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung begrenzt haben. Die Inzidenzrate von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung lag deutlich unter der westlicher Staaten. Trotz einer begrenzten Forschungslage wird heute die Meinung vertreten, dass der sich als sozialistisch-humanistisch gebärdende Staatsapparat der DDR eine bewusste Tabuisierung von Misshandlung und Missbrauch betrieb. Damit sollte von einem Versagen im Bereich der Erziehung in Hinsicht auf die kommunistischen Ideale abgelenkt werden (Gries 2002). Zu erwähnen ist, dass andererseits sowohl weitreichende institutionelle als auch sexualisierte Gewalt an Kindern und Jugendlichen in Heimen in der DDR häufig vorkam und zur Aufarbeitung in Form des »Runden Tisches Heimerziehung« geführt hat. Das erlittene Unrecht von Heimkindern erscheint im Vergleich in Heimen der ehemaligen DDR deutlich größer gewesen zu sein, wenn die entsprechenden Entschädigungszahlen durch die Bundesregierung in den vergangenen Jahren als Maßstab betrachtet werden.

Das weltweit **erste moderne Kinderschutzteam** wurde 1958 von der Sozialarbeiterin Elizabeth Elmer am Kinderkrankenhaus in Pittsburgh in den USA gegründet. Der Durchbruch zu einer weitergehenden professionellen Wahrnehmung und Auseinandersetzung gelang Anfang der 60er Jahre mit der epochemachenden Veröffentlichung des »Battered Child Syndroms« durch **C. Henry Kempe** in Denver. Kempe wurde dadurch zum Begründer des modernen weltweiten Kinderschutzes, zum Pionier der klinisch-medizinischen und wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Thema und Protagonist eines grundlegend multiprofessionellen Verständnisses von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Kempe war daneben unermüdlicher

Verfechter einer kind- und familienorientierten therapeutischen Intervention (s. unten).

Die zunehmende professionelle und gesellschaftliche Wahrnehmung des Themas führte 1974 in allen amerikanischen Bundesstaaten zur bis heute fortbestehenden Einführung eines gesetzlichen **Pflichtmeldesystems** (»Mandatory Reporting«; Übersicht unter www.childwelfare.gov/systemwide/laws_policies/state/). Diese Meldepflicht gilt für alle Formen von Misshandlung und Vernachlässigung. Sie verpflichtet alle Berufsgruppen, die mit Kindern arbeiten, einen entsprechenden Verdacht an die Kinderschutzbehörden zu melden.

Unter der Leitung Kempes fand 1976 der erste internationale Kindesmisshandlungs-Kongress in Genf statt. Am 07.07.1977 wurde in Denver die International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect, **ISPCAN**, gegründet, kurz darauf folgte die Zeitschrift *Child Abuse & Neglect – The International Journal*. Wiederum Kempe gab 1978 mit seinem Vortrag »Child sexual abuse – another hidden pediatric problem« den Anstoß, sich auch im medizinischen Bereich mit sexueller Gewalt gegen Kinder und Jugendliche auseinanderzusetzen.

Außerhalb der USA wurden die Arbeiten Kempes zunächst in englischsprachigen Ländern aufgenommen. In Großbritannien entstanden in den 70er Jahren durch die National Society for Prevention of Cruelty to Children, **NSPCC**, und engagierte Fachleute erste multiprofessionelle Interventionsmodelle und wissenschaftliche Untersuchungen. Die Niederlande waren das erste nicht englischsprachige Land, in dem die Gedanken multiprofessionellen Kinderschutzes 1971 mit der Einführung des **Vertrauensarztsystems** ihren Niederschlag fanden. Die Vertraulichkeit galt dabei allerdings nicht Kindern und Eltern, sondern den Meldern. Der Kinderarzt Arend Koers wurde 1972 erster Vertrauensarzt von Amsterdam, und 1977 wurde Jaap Doek weltweit erster Professor für Kinderrechte an der Freien Universität Amsterdam.

In Deutschland entstand 1976 im Anschluss an ein Seminar der Freien Universität Berlin zu Gewalt in der Familie, unter Leitung des Soziologen Reinhard Wolff, das erste **Kinderschutzzentrum** als Ausdruck der Entwicklung einer nichtstaatlichen, alternativen und instanzenkritischen Kinderschutzbewegung. Es wurzelte in der Familiensoziologie und der Anregung durch die kinderärztliche Arbeit in Großbritannien und den Niederlanden. Dies begründete die moderne, hilfeorientierte und familienzentrierte multiprofessionelle Misshandlungsarbeit in Deutschland. Diese Bewegung hatte nachhaltigen Einfluss insgesamt auf die Jugendhilfe und den Diskurs um Hilfesysteme. Die veränderten Ziele und Hilfeorientierung mündeten 1991 im **Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG / SGB VIII)**, das das seit 1922 bestehende Jugendwohlfahrtsgesetz (JWG in der Fassung von 1963) ablöste. Es zielt u. a. darauf, sich von der Kontroll- und Eingriffsorientierung des JWG weg zu orientieren und ein Leistungsgesetz für Kinder, Jugendliche und ihre Familien zu schaffen, das auf Unterstützung und Hilfsangebote setzt. Das Inkrafttreten des KJHGs wird daher auch als Paradigmenwechsel in der Kinder- und Jugendhilfe angesehen.

1994 erfolgte als nationales Forum zur Professionalisierung und verstärkten multiprofessionellen Ausrichtung der Kinderschutz-Diskussion in Deutschland die Gründung der **Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung** (DGgKV) in Hannover. 2009 entstand daraus durch Fusion mit dem Bundesverein zur Prävention von sexuellem Missbrauch die **Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung** (DGfPI). Als multiprofessionelle Mitgliederorganisation umfasst sie Berufsgruppen und Trägerinstitutionen aller Fachgruppen des Kinderschutzes und ist internationale Partnerorganisation der ISPCAN.

Änderungen der Gesetzeslage hatten im letzten Jahrzehnt deutlichen Einfluss auf die Fachdiskussion. 2005 wurde das **Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (KICK)** verabschiedet und in seiner Folge der § 8a ins SGB VIII eingefügt. Dieser legt als Verfahrensvorschrift fest, wie der Schutzauftrag der Jugendhilfe wahrgenommen werden soll: das obligate Nachgehen von Hinweisen, das Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte und ein stufenweises Vorgehen. Das **Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG)** vom Januar 2012 als Teil des Bundeskinderschutzgesetzes regelt, wie Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung informiert werden. Es schafft Rahmenbedingungen für verbindliche Netzwerkstrukturen im Kinder-

schutz. Zudem regelt das KKG die Beratung und Übermittlung von Informationen durch Geheimnisträger.

Gesellschaftliche Diskurse

1982 wurde durch Alice Miller in der Zeitschrift *Brigitte* mit dem Titel: »Die Töchter schweigen nicht mehr« und 1984 durch Barbara Kavemann und Ingrid Lohstöter mit dem Buch »Väter als Täter« der **sexuelle Missbrauch** erstmals öffentlich thematisiert. Es bildeten sich im Rahmen der Frauenbewegung Initiativen zur Bearbeitung des »Tabuthemas«, wie 1983 »Wildwasser« in Berlin und 1986/87 »Zartbitter« in Münster und Köln. Diese feministisch geprägte Richtung fokussierte sich parteilich auf Frauen und Mädchen.

Ebenfalls in den 80er Jahren versuchten Pädophile im Fahrwasser der sexuellen Liberalisierung durch Einflussnahme in Parteien (Grüne, FDP) und Institutionen (Kinderschutzbund) eine Enttabuisierung und Legalisierung sexueller Handlungen mit Kindern zu erreichen, der anfangs nur zögerlich entgegengetreten wurde und die erst seit kurzem historisch und politisch aufgearbeitet wird. Diese Aufarbeitung folgt den aufgedeckten Fällen von sexuellen Misshandlungen in Institutionen wie Schulen (z. B. Odenwaldschule) und besonderen Wohnformen wie Kommunen. In diesen Kontexten handelte es sich um weitreichende Grenzüberschreitungen mit der Legitimation, dass eine »Befreiung« von einer repressiven Sexualmoral auch Kindern gut täte.

In den 90er Jahren beherrschte das Thema des sexuellen Missbrauchs von Kindern und Jugendlichen auch die fachliche Diskussion deutlicher und ließ andere Bereiche wie körperliche und seelische Gewalt zurücktreten. Die Diskussion wurde neben den oben genannten Aufdeckungen auch durch medial aufbereitete Sexualmorde, Sex-Tourismus und Internetpornographie beherrscht. Gleichzeitig kam es zu kritischen Gegenstimmen, die den »Missbrauch des Missbrauchs« postulierten. Mitauslöser dafür war ein Skandal im nordenglischen Cleveland, wo 1987 eine Vielzahl von Misshandlungsfällen aufgrund falsch-positiver medizinischer Befunde diagnostiziert wurde. In der Folge wurde international trotz fehlender wissenschaftlicher Fundierung das »False-memory-Syndrom« propagiert, also die Annahme, dass viele Beschuldigungen sexuellen Missbrauchs auf falschen Erinnerungen beruhen sollten.

Mit Beginn des neuen Jahrtausends wurden zunehmend Fälle und gravierende Opferzahlen bekannt, die aus sexuellem Missbrauch im Kontext der Kirchen, insbesondere der katholischen Kirche (z. B. Vorfällen im jesuitischen Canisius-Kolleg), weltweit resultierten. Auch hier werden große Anstrengungen unternommen, durch eine Aufarbeitung aus den Fehlern der Vergangenheit zu lernen: 2010 wurde durch die Bundesregierung das Amt des **Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs** (UBSKM; www.beauftragter-missbrauch.de) und die Arbeitsgruppe **Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich** eingerichtet.

In Deutschland wird ein **Meldesystem** für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung weiterhin insbesondere in der Fachwelt, aber auch in der Öffentlichkeit weitgehend abgelehnt. Deutschlands zurückliegende Erfahrungen mit zwei totalitären Regimen machen die Ablehnung von Meldesystemen und das Anliegen verständlich, zentrale Registrierungen und Denunzierungen zu vermeiden. Weiterhin sollte der Kinderschutz vorzugsweise präventiv gestaltet werden, d. h. es ist ein Anliegen, Familien dahingehend zu motivieren, frühzeitig selbst Hilfe zu suchen. Dieses Ziel schien besser mit einem nicht-strafenden, auf der sozialen Gemeinschaft basierenden familienzentrierten Ansatz erreichbar zu sein. Weiterhin befürchteten Kritiker eine große Zahl unbegründeter Verdachtsfälle, verbunden mit uneffektiven Interventionen und stigmatisierenden Eingriffen in die elterlichen Rechte. Zudem zeigen Erfahrungen aus Ländern mit Meldesystemen, dass es für das Kind auch nachteilig sein kann, wenn ein Verdacht begründet ist, aber nicht innerhalb der vorgeschriebenen Zeit nachgewiesen werden kann. Auch die Entwicklung des sog. modernen Kinderschutzes in den 70er und 80er Jahren beförderte in Deutschland die Ablehnung von Meldesystemen. Als hilfreich hat sich demgegenüber die Entwicklung erwiesen, den Begriff der **Kindeswohlgefährdung** zu verwenden, der familienrechtliche Interventionen zulässt, ohne

Tab. 1.1 Entwicklung des allgemeinen Kinderschutzes

1829	Gesellschaft zum Schutz sittlich vernachlässigter Kinder
1839	Erstes Arbeitsschutzgesetz für Kinder
1875	New York Society for Prevention of Cruelty to Children
1882	Ähnliche Organisationen in Liverpool und London
1889	Großbritannien: »National Society for the Prevention of Cruelty to Children«
1898	Berliner Verein zum Schutze der Kinder gegen Ausbeutung und Misshandlung
1900	Bürgerliches Gesetzbuch: Strafen für Eltern, die ihre Kinder misshandeln oder vernachlässigen
1912	Zusatz im Strafrecht: Kindesmisshandlung ist schwere Körperverletzung
1919	Kinderrechte in der Weimarer Verfassung
1924	Genfer Erklärung des Völkerbundes: Children's Charta
1933–1945	NS-Regime: Zentralisierung und Instrumentalisierung des Kinderschutzes
1953	Deutscher Kinderschutzbund
1958	Weltweit erstes modernes Kinderschutzteam im Kinderkrankenhaus Pittsburgh/USA
1959	Vereinte Nationen: Erklärung der Rechte des Kindes
1961	C. Henry Kempe: »The Battered Child« (Vortrag; gleichnamige Publikation: 1962)
1973	Abschaffung des Züchtigungsrechtes an deutschen Schulen
1974	Pflichtmeldesystem (»Mandatory Reporting«) in allen amerikanischen Bundesstaaten
1976	Erster internationaler Kindesmisshandlungs-Kongress in Genf
1976	Erstes Kinderschutzzentrum Berlin
1977	Weltweit erste Professur für Kinderrechte an der Freien Universität Amsterdam
1977	International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN) in Denver; Erstausgabe der Kinderschutz-Fachzeitschrift Child Abuse & Neglect
1982	Thema sexueller Missbrauch in Deutschland erstmals publizistisch öffentlich gemacht
1989	UN-Generalversammlung: Konvention über die Rechte des Kindes
1991	Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) löst Jugendwohlfahrtsgesetz von 1922 ab
1994	Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV)
2000	Recht auf gewaltfreie Erziehung in Deutschland (§ 1631 BGB)
2007	Nationales Zentrum Frühe Hilfen
2009	Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI; Nachfolgeorganisation der DGgKV)
2010–11	Runder Tisch Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen; Amt des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs etabliert
2012	Bundeskinderschutzgesetz

ein schuldhaftes Handeln der Eltern nachweisen zu müssen. Das 2012 in Kraft getretene **Bundeskinderschutzgesetz** wurde bereits eingangs erwähnt. Durch die zunehmende Verbreitung und Etablierung der **Frühen Hilfen** (▶ Kap. 24.1) verspricht man sich u. a. auch präventive Auswirkungen für den Kinderschutz. Einen Überblick über die Entwicklung des allgemeinen Kindesschutzes gibt ◘ Tab. 1.1.

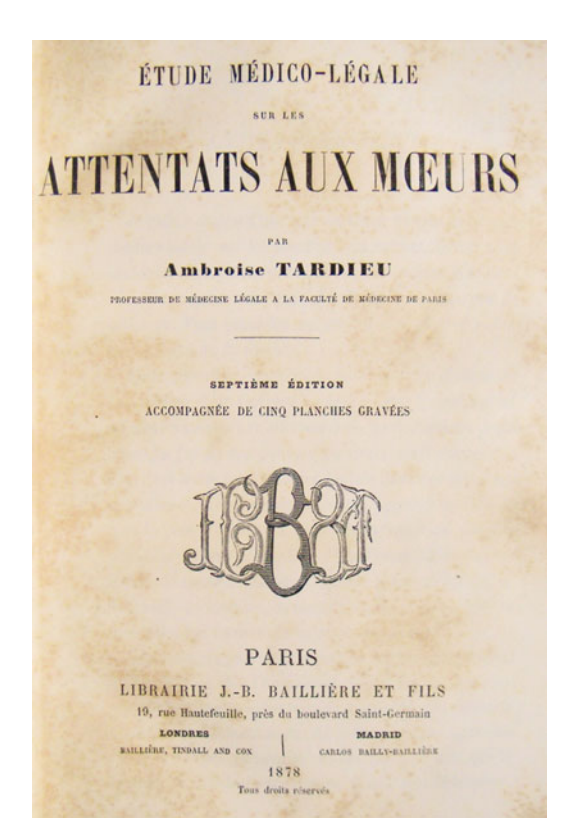
1.5 Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes

Erste medizinische Wahrnehmungen von Gewalt gegen Kinder finden sich in der Practica Puerorum des persischen Arztes **Rhazes** um 900 n.Chr. Der Genfer Arzt Théophile **Bonet** beschreibt 1684 in seinem in London veröffentlichten »Guide to the Practical Physician« Kopfverletzungen bei Kindern, die durch Erwachsene zugefügt wurden. Paulus **Zachias** schildert in seinen »Medico-Legal Debates« 1651 »schreckliche Kopfverletzungen« als Folge von Schlägen als Bestrafung und Hautmarken durch Auspeitschen. Der britische Arzt und Sozialreformer James **Parkinson**, der Medizinern eher im Kontext der nach ihm benannten Schüttellähmung bekannt ist, warnte 1800 im *Villagers Friend and Physician* vor Kopfverletzungen als Folge von Disziplinierungsmaßnahmen, da dies zu intrazerebralen Blutungen und Hydrozephalus führe. In einem britischen Ratgeber zur Kindererziehung führt M. J. Dowager **Countess Mountcashell** 1823 schwere Gehirnverletzungen, einschließlich »Wasser im Gehirn«, auf gewalttätiges Schütteln im Ärger durch Eltern zurück. Dies ist vermutlich die erste Erwähnung des Schütteltraumas in der Literatur. Die Zuordnung der 1559 von Ambroise **Paré** erstmals beschriebenen subduralen Hämatome als Traumafolge wurde von Rudolf Virchow 1856 entschieden zurückgewiesen. Er deutete sie als infektiöse »Pachymeningitis interna«.

Als weit vorausschauende Ausnahme verdient der französische Professor der Rechtsmedizin Ambroise **Tardieu** besondere Erwähnung und Würdigung. 1857 veröffentlichte er eine Untersuchung über knapp 1.000 Fälle von sexueller Gewalt an Kindern (◘ Abb. 1.3). 1860 beschrieb er in einer weiteren Veröffentlichung 32 Fälle von Kindesmisshandlung, 18 der Kinder waren verstorben. 1868 folgte eine Studie über 555 Fälle von Kindestötungen. Seine klarsichtige Deutung von äußeren Verletzungen, Verbrennungen, genitalen Verletzungen, Erstickungen, extremer Deprivation und subduralen Hämatomen als Folge von Misshandlungen durch Erwachsene, die Beschreibung der Folgen für die Opfer (u. a. das Phänomen, das heute als »gefrorene Wachsamkeit« bezeichnet wird), die fehlende Kooperation der Verursacher und die Besserung, wenn die Kinder aus der misshandelnden Umgebung entfernt wurden, sind sämtlich bis heute gültige Merkmale der Kindesmisshandlung. Die anhaltenden Appelle dieses frühen Pioniers der medizinischen Auseinandersetzung mit Kindesmisshandlung an die ärztlichen Kollegen, etwas dagegen zu unternehmen, verhallten leider weitgehend ungehört. Seine Nachfolger hielten die Aussagen von Kindern bezüglich erlittener Misshandlungen häufig für unglaubwürdig. Nach einer vorübergehenden Phase skandalisierender medialer Aufmerksamkeit für Gewalt an Kindern gegen Ende des 19. Jahrhunderts erfolgte ein deutlicher Umschwung der öffentlichen Meinung dahingehend, dass Kindern aufgrund ihrer leichten Beeinflussbarkeit und Phantasie, »milieubedingter Niedertracht« oder »sozialer Verwahrlosung« und medizinischen Diagnosen wie »Hysterie«, der Vorwurf einer Mittäterschaft und Mitschuld zugeschrieben wurde.

Sigmund **Freud** veröffentlichte 1896 die Abhandlung »Zur Ätiologie der Hysterie«, in der er vielfachen sexuellen Kindesmissbrauch als Ursache späterer psychischer Störungen seiner Patienten beschrieb. Das führte zu massivem Widerstand in der damaligen Fachwelt, und Freud fürchtete, dass sowohl er selbst als auch die noch junge Disziplin der Psychiatrie nicht anerkannt würden. Daraufhin erfolgten 1897 der Widerruf seiner Thesen und die Ummünzung des beschriebenen Phänomens als Folge von kindlichem Wunschdenken in den Ödipuskomplex.

Nur vereinzelt wurden im Folgenden Verletzungen von Kindern medizinisch in den genannten Zusammenhängen thematisiert. Ausnahmen waren die englischen Ärzte Scattergood und Wiglesworth, die 1875 und 1892 Virchows Theorie der infektiösen Natur subduraler Hämatome widersprachen.



ÉTUDE MÉDICO-LÉGALE

SUR LES

ATTENTATS AUX MŒURS

PAR

Ambroise TARDIEU

PROFESSEUR DE MÉDECINE LÉGALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SEPTIÈME ÉDITION

ACCOMPAGNÉE DE CINQ PLANCHES GRAVÉES

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, rue Hautefeuille, près du boulevard Saint-Germain

LONDRES | MADRID

BAILLIÈRE, TINDALL AND COX | CARLOS BAILLY-BAILLIÈRE

1878

Tous droits réservés

Abb. 1.3 Ambroise Tardieu, Paris: »Etude Médico-Légale sur les Attentats aux Mœurs«. Original 1857, hier in einer Auflage von 1878 (J.-B. Baillière et Fils, Paris)



Abb. 1.4 C. Henry Kempe (1922–1984), Begründer des modernen medizinischen und umfassenden multiprofessionellen Kinderschutzes. (Foto Paul Abdoo, Denver)

Die deutschen Pathologen Dohle (1891) und Kravitz (1914) beschrieben in großen Serien obduzierter Kinder einen hohen Anteil subduraler Hämatome von 14 bzw. 24% bei Kindern unter einem Jahr, ohne jedoch daraus Schlussfolgerungen zu ziehen. In den 30er Jahren wurden subdurale Hämatome mit schlechten sozialen Verhältnissen assoziiert, was vorübergehend zu der irrtümlichen Schlussfolgerung führte, ein Vitamin-C-Mangel sei dafür verantwortlich. Die Neurochirurgen Ingraham und Matson aus Harvard deuteten 1944 subdurale Hämatome und retinale Blutungen endgültig als traumatisch bedingt.

Als Vorläufer der modernen medizinischen Diagnostik misshandelter Kinder gilt der New Yorker Kinderradiologe John **Caffey**, der 1946 erstmals die Assoziation »Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma« beschrieb. Auch wenn er aufgrund der für ihn klar traumatischen Genese spekulierte, dass die wahre Ursache der Verletzungen möglicherweise bewusst vorenthalten würde, stoppte er in seiner Veröffentlichung kurz vor der Schlussfolgerung, diese auf Misshandlungen zurückzuführen. Nach zeitgenössischen Berichten soll er dies im persönlichen Gespräch und in Vorträgen jedoch als Vermutung geäußert haben. Mehrere Arbeiten aus den 50er Jahren, u. a. von **Silverman**, beschreiben detailliert nach heutigen Erkenntnissen eindeutig körperlich misshandelte Kinder. Man deutete dies jedoch – trotz Erwägung der Möglichkeit elterlicher Gewalt – als letztendlich ungeklärter Genese. 1958 und 1959 benennen erstmals seit Tardieu vereinzelte medizinische Veröffentlichungen und Vorträge ausdrücklich die Möglichkeit der Misshandlung von Kindern durch ihre Eltern.

Vor diesem Hintergrund hielt der deutschstämmige Pädiatrieprofessor **C. Henry Kempe** (Abb. 1.4) 1961 als Vorsitzender der Jahrestagung der American Academy of Pediatrics in Chicago den Vortrag »The Battered Child Syndrome« – eine bewusst plakativ gewählte Umschreibung von Misshandlungen –, der zunächst gleichermaßen auf betroffene Zustimmung wie empörte Ablehnung stieß.

Mit der Veröffentlichung des epochemachenden Artikels »The Battered Child Syndrome« im *Journal of the American Medical Association* 1962,



Abb. 1.5 Frontseite der 1. Auflage des ersten medizinischen Lehrbuchs zum Thema Kindesmisshandlung und -vernachlässigung von C. Henry Kempe u. Ray Helfer (1968)

begann schließlich die zunehmende Akzeptanz des Themas in der Medizin. Im Jahr 1968 schließlich wurde das erste medizinische Lehrbuch zu dem Thema von C. Henry Kempe und Ray Helfer herausgegeben (Abb. 1.5).

Exkurs

Der als Karl Heinz Kempe 1922 in Breslau geborene **C. Henry Kempe** floh als deutscher Jude 1938 über England in die USA. Er studierte Medizin in Berkeley/Kalifornien und wurde zum Pädiater ausgebildet. Nach seiner Professur wurde er 1956 Leiter der Kinderheilkunde der Universitätsklinik in Denver. Nach anfänglich virologischem Schwerpunkt wurde er immer häufiger mit Fällen unklarer schwerer Verletzungen bei Kindern konfrontiert. Ab 1958 begann er sich zunehmend des Themas anzunehmen, was ihn letztlich bis zu seinem Tode 1984 intensiv beschäftigte. Kempe gilt heute als Begründer des modernen medizinischen, aber auch umfassenden multiprofessionellen Kinderschutzes.

Ein weiterer »Meilenstein« der Geschichte des medizinischen Kinderschutzes war die »Entdeckung« des **Shaken-Baby-Syndroms**. Der britische Neurochirurg Norman Guthkelch berichtete 1971 über zwei Säuglinge mit subduralem Hämatom ohne äußere Verletzungen, die er auf einen peitschenschlagartigen Mechanismus durch Schütteln ohne Aufprall zurückführte. 1972 beschrieb erneut **Caffey** 27 Kinder mit subduralem Hämatom und metaphysären Frakturen, deren Verletzungen er ebenfalls auf Schütteln zurückführte. Er prägte dafür den Begriff »Whiplash Shaken Infant Syndrome«. Seine Theorie basierte maßgeblich auf 15 der 27 Fälle, die der Krankenschwester Virginia Jasper zugeschrieben wurden. Das *Newsweek Magazine* 1956 beschreibt, wie sie bei der Versorgung von schreienden, nicht zu tröstenden Säuglingen vorging: »...The nurse picked her up and gave her a good shaking. (›It was all uncontrollable… I don't know why I did it‹).«

1977 wurde durch den britischen Kinderarzt Roy Meadow der Begriff **Munchausen Syndrome by Proxy** für eine bizarre Form der Kindesmisshandlung geprägt. Dabei erfinden oder provozieren zumeist Mütter Symptome und führen ihre Kinder unnötigen und potenziell schädigenden diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu (▶ Kap. 6.4).

Die ab 1974 in allen US-amerikanischen Bundesstaaten geltende **Meldepflicht** führte zu einem starken Anstieg der zu bearbeitenden Fälle. Insbesondere die Anfragen von Gerichten zur medizinischen Verifizierung von körperlichen und sexuellen Missbrauchsverdachtsfällen sorgten für gesellschaftlichen Druck auf das medizinische System, sich fachlich mit dem Thema auseinanderzusetzen. Die Erwartungen des Rechtssystems, klare medizinische Aussagen über das jeweilige Vorliegen oder den Ausschluss eines sexuellen Übergriffs zu erhalten, können in diesem Sinne als gesellschaftlicher Stimulus und Herausforderung an die Medizin verstanden werden. Wie bereits erwähnt, gab wieder Kempe 1978 den Anstoß zur – im ärztlichen Bereich bis dahin nicht geführten – Auseinandersetzung mit **sexueller Gewalt** gegen Kinder. Diese Entwicklungen führten in der Folge tatsächlich zu einer intensiven wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Thema in den USA. 1976 wurde erstmals die Computertomographie zur Diagnose misshandlungsbedingter Kopfverletzungen eingesetzt, 10 Jahre später die Magnetresonanztomographie, im gleichen

Jahr der Ultraschall für abdominelle Verletzungen und in den 80er Jahren das Kolposkop bei der Diagnostik sexuellen Kindesmissbrauchs.

In **Deutschland** gründeten sich auf Initiative des damaligen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, Hermann **Olbing** (Essen), 1983 und 1986 ärztliche Beratungsstellen gegen Vernachlässigung und Kindesmisshandlungen in Essen und Düsseldorf. In den folgenden Jahren entstanden in Nordrhein-Westfalen ca. 15 weitere ärztliche Beratungsstellen. Deren Arbeit war und ist jedoch weniger forensisch als überwiegend beratend und intervenierend im sozialtherapeutischen Bereich ausgerichtet und wurde z. T. von dem niederländischen Kinderarzt Arend **Koers** begleitet. Im klinischen und forensischen Bereich machte sich die Rechtsmedizinerin Elisabeth Trube-Becker (Düsseldorf) einen Namen, da sie in zahlreichen Veröffentlichungen und Vorträgen unermüdlich und z. T. recht eindringlich auf das Problem aufmerksam machte. 1985 war Kindesmisshandlung ein Hauptthema mit zahlreichen Beiträgen auf der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Frankfurt. 1986 erschien in der *Monatsschrift Kinderheilkunde* eine ausführliche Sammlung von Übersichtsarbeiten zu körperlicher Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Kindesmissbrauch. 1992 veröffentlichte die Deutsche **Bundesärztekammer** Leitlinien zur Diagnostik (»Zum Problem der Mißhandlung Minderjähriger aus ärztlicher Sicht«). Dennoch blieben diese Initiativen ohne weitergehende Auswirkungen auf die Rezeption des Themas in der medizinischen Fachwelt und im klinischen Alltag. Erst in den letzten 10–15 Jahren und verstärkt etwa seit 2008 finden sich Ansätze eines klinisch-medizinischen Engagements auf dem Gebiet der Kindesmisshandlung. Ausgehend von der Hamburger Ärztekammer und der Rechtsmedizin sowie unterstützt von der Techniker-Krankenkasse wurden ab 1999 sog. **Gewaltleitfäden** für Kinderarztpraxen sukzessive für alle Bundesländer entwickelt. Diese Leitfäden enthalten wesentliche multiprofessionelle Interventionsgedanken und Adressensammlungen. Weitere Hinweise darauf sind allmählich häufigere Publikationen, Kongressbeiträge, die seit 2003 etablierte 2-tägige internationale Kasseler Fortbildung zu medizinischer Diagnostik und Intervention bei Kindesmisshandlung (bis 2015 über 1.250 Teilnehmer) und das zunehmende Entstehen von Kinderschutzgruppen in Kliniken nach Schweizer und Österreicher Vorbild, die sich überwiegend an dem 2010 entwickelten Konzept der AG Kinderschutz in der Medizin (AG KiM) zur Kinderschutzarbeit in Kliniken (»Kinderschutzgruppen-Leitfaden«) orientieren.

Hinzu kommen einzelne klinische Studien, die Entwicklung somatischer Leitlinien und die erstmals 2008 vorliegende interdisziplinäre Publikation dieses Handbuchs zur medizinischen Diagnostik bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Seit 2006 ist es anlässlich gehäuft wahrgenommener tragischer Tötungen von Kindern zu einer verstärkten öffentlichen Diskussion des Themas »Kindesmisshandlung« gekommen. Diese Diskussion hat dazu geführt, dass – wenngleich fachlich umstritten – zunehmend **verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen** durch Kinderärzte eingeführt wurden. Als Zeichen intensiveren medizinischen Engagements sind die 2008 erfolgte Gründung der wissenschaftlichen **Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM – ab 2016 Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, DGKiM)** und die Einrichtung einer **Kommission Kinderschutz der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ)** zu sehen. Die AG KiM (jetzt DGKiM) zählt inzwischen über 250 Mitglieder, hat 2016 die 8. bundesweite wissenschaftliche Jahrestagung ausgerichtet, ist anerkanntes Mitglied im Konvent der Fachgesellschaften der DGKJ und auf deren Jahrestagungen mittlerweile fester Bestandteil mit einem interdisziplinären Kinderschutz-Symposium. 2010 erschienen erstmals die seitdem laufend aktualisierten »Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken« der AG KiM und der DAKJ und dienen wesentlich als Grundlage der Arbeit von inzwischen über 110 Kinderschutzgruppen in deutschen Kliniken (2008 etwa ein Dutzend). Einen entsprechenden Leitfaden für Niedergelassene hat die DAKJ 2013 veröffentlicht. Ab 2011 wurde durch eine Arbeitsgruppe der Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Ulm ein innovatives **E-Learning**-Konzept entwickelt, zunächst für Frühe Hilfen und im Weiteren für die Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch und für den medizinischen Kinderschutz.

Tab. 1.2 Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes

900 n. Chr.	»Practica Peurorum« des persischen Arztes Rhazes: Hinweise auf Gewalt gegen Kinder
1559	Ambroise Paré, Paris: Erstbeschreibung subduraler Hämatome als Traumafolge
1684	Théophile Bonet, Genf: »Kopfverletzungen bei Kindern durch Schläge«
1651	Paulus Zachias, Italien: »Schreckliche Kopfverletzungen« als Folge von Schlägen
1800	James Parkinson, London: Kopfverletzungen als Folge von Disziplinierungsmaßnahmen führen zu intrazerebralen Blutungen und Hydrozephalus
1823	Countess Mountcashell: Schwere Gehirnverletzungen durch gewalttätiges Schütteln
1857	Ambroise Tardieu, Paris: »Etude Médico-Légale sur les Attentats aux Mœurs«
1860	»Etude Médico-Légale sur les sévices et mauvais traitements exercés sur des enfants«
1868	»Etude Médico-Légale sur l'infanticide«
1896	Sigmund Freud, Wien: »Zur Ätiologie der Hysterie«
1891/1914	Dohle/Kravitz (Deutsche Pathologen): Hoher Anteil subduraler Hämatome bei obduzierten Kindern
1946	John Caffey, New York: »Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma« (American Journal of Roentgenology)
1958	Elizabeth Elmer, Pittsburgh: Erstes modernes Kinderschutzteam im Kinderkrankenhaus
1961	C. Henry Kempe, Denver: »The Battered Child Syndrome« (Vortrag auf der Jahrestagung der American Academy of Pediatrics in Chicago)
1962	C. Henry Kempe: »The Battered Child Syndrome« (Journal of the American Medical Association)
1968	Ray Helfer, C. H. Kempe: »The Battered Child« (erstes medizinisches Fachbuch)
1969	Zürich: Erste Kinderschutzgruppe (Kinderspital), ab 1988 verstärkt in der übrigen Schweiz
1971	Norman Guthkelch, Großbritannien: Subdurale Hämatome durch Schütteln (2 Kasuistiken)
1972	John Caffey: »On the theory and practice of shaking infants. It's potential residual effects of permanent brain damage and mental retardation« (American Journal of Diseases of Childhood)
1977	Roy Meadow: »Munchausen Syndrome by Proxy. The hinterland of child abuse« (Lancet)
1978	C. Henry Kempe: »Child sexual abuse – another hidden pediatric problem« (Vortrag)
1983/1986	Erste ärztliche Beratungsstellen bei Kindesmisshandlung in Essen und Düsseldorf
1990er Jahre	Kinderschutzgruppen in Österreich
1992	Bundesärztekammer – Leitlinien zur Diagnostik von Kindesmisshandlung
1999	Hamburg: Erster Gewaltleitfaden für Kinderarztpraxen
1999–2002	AWMF-Leitlinien: 1999 Kinder- und Jugendpsychiatrie; 2001 Kinderradiologie; 2002 Sozialpädiatrie, Kinderchirurgie
2003	Erste Kasseler Fortbildung zu medizinischer Diagnostik bei Kindesmisshandlung Veröffentlichung des Leitfadens der Kinderschutzgruppe am Kasseler Klinikum
2007	Verpflichtende Vorsorgeuntersuchungen durch Kinderärzte
2008	Erstes deutsches medizinisches Fachbuch zu Kindesmisshandlung und -vernachlässigung Gründung der Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM ab 2016 Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin, DGKiM) und der Kommission Kinderschutz der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) Erste fachübergreifende AWMF Leitlinie (S2) zum Kinderschutz der Sozialpädiatrie (DGSPJ), Pädiatrie (DGKJ) und Kinderchirurgie (DGKCh)
2010	Erstauflage der »Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken«, des sog. »Kinderschutzgruppen-Leitfadens« der AG KiM und DAKJ
2011	Ulmer E-Learning-Konzept Frühe Hilfen, sexueller Kindesmissbrauch
2015–2017	Revisionsprozess der interdisziplinären AWMF S3+-Leitlinie Kinderschutz, koordiniert durch die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)

2013 ist u. a. auf Initiative der GKinD und der AG KiM durch Einführung eines Operationen- und Prozedurenschlüssels zur Diagnostik bei Verdacht auf Gefährdung von Kindeswohl und Kindergesundheit (**OPS Kinderschutz**) in den Kodierleitfaden ein erster Schritt zu einer **Finanzierung im medizinischen Kinderschutz** erfolgt. Die im gleichen Jahr erfolgte Modifizierung des § 294a SGB V (Rückholpflicht für drittverursachte Gesundheitsschäden durch die Krankenkassen, der nunmehr nicht für Kinderschutzfälle gilt) ermöglichte überhaupt erst die Kodierung ohne Nachteile für die Familien.

In Deutschland gab es bis 2008 jeweils eine **AWMF-Leitlinie** der Gesellschaften für Kinderradiologie, Kinderchirurgie, Sozialpädiatrie und der Kinder- und Jugendpsychiatrie mit begrenzten somatisch-diagnostischen Hinweisen. Erst 2008 war im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (DGSPJ) eine inzwischen abgelaufene, differenzierte, 2-teilige Leitlinie auf S2-Niveau erschienen. Diese wurde von den Vorständen der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) und der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCh) übernommen, sodass erstmals eine fachübergreifende Leitlinie der drei größten Kindermedizin-Fachgesellschaften existierte. Mittlerweile ist eine deutlich darüber hinausgehende interdisziplinäre S3+ Leitlinie unter Federführung der AG KiM in Arbeit und soll Ende 2017 veröffentlicht werden. An der vom Bundesgesundheitsministerium geförderten Erarbeitung sind über 70 Fachgesellschaften, Institutionen der Jugendhilfe, Interessensverbände sowie vier Bundesministerien beteiligt.

Parallel zu dieser Entwicklung wird in den letzten Jahren zunehmend die Notwendigkeit einer gerichtsfesten Dokumentation und Begutachtung von Verletzungen nach Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch gesehen. Ebenso hat sich gezeigt, dass (erwachsene) Gewaltopfer im Einzelfall nicht immer eine Einschaltung bzw. Information der Polizei bzw. Staatsanwaltschaft wünschen. An einigen Instituten für Rechtsmedizin in Deutschland wurden daher Projekte gefördert und Ambulanzen eingerichtet, um Gewaltopfern ein niedrigschwelliges Angebot für eine rechtsmedizinische Untersuchung, Dokumentation und Begutachtung von Gewaltfolgen bzw. Verletzungen zu ermöglichen. An einigen Instituten für Rechtsmedizin sind in diesen **rechtsmedizinischen Gewaltopferambulanzen** die Gewaltopfer in mehr als 50% der Fälle Minderjährige, darunter ein erheblicher Anteil an Säuglingen und Kleinkindern. Eine gesicherte Finanzierungsgrundlage wurde für diese derzeit befristeten Projekte jedoch bisher nicht geschaffen. Eine Übersicht über die Entwicklung des medizinischen Kinderschutzes findet sich in Tab. 1.2.

Literatur

AWMF Leitlinien der DGSPJ (Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2009) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (Teil 1: Psychosoziale Faktoren, Prävention und Intervention; Teil 2: Somatische Diagnostik): Entwicklungsstufe 2 (2013 ausgelaufen, derzeit in Revision, vgl. www.kinderschutzleitlinie.de; verfügbar noch unter www.kindesmisshandlung.de)

AG Kinderschutz in der Medizin (AG KiM), Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) (Hrsg.) (2016) Empfehlungen zu Kinderschutz an Kliniken. Bonn, Kassel, Berlin; laufend aktualisiert, Erstausgabe 2010; aktuelle Version 1.6; Abruf unter www.ag-kim.de/index.php?id=163 und www.dakj.de/pages/aktivitaeten/stellungnahmen-und-empfehlungen/kinderschutz.php

Aries P (1975) Geschichte der Kindheit. dtv Wissenschaft, München

Bange D (2005) Gewalt gegen Kinder in der Geschichte. In: Deegener G, Körner W (Hrsg.) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto, S 13–18

Eckhardt A (1998) Der Fall Mary Ellen – der Anfang der Kinderschutzbewegung? Dissertation, Carl-von-Ossietzky-Universität, Oldenburg

Finkelhor D (1994) Current information on the scope and nature of child sexual abuse. Future Child 4: 31–53

Fürniss T (2005) Geschichtlicher Abriss zur Kindesmisshandlung und Kinderschutzarbeit von C. Henry Kempe bis heute. In: Deegener G, Körner W (Hrsg.) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Hogrefe, Göttingen Bern Toronto, S 19–33

Glaser D (2000) Child abuse and the brain – a review. J Child Psychol Psychiat 41: 97–116

Görgen A, Griemmert M, Kessler S (2015) Sexueller Missbrauch und Kinderschutz – Perspektiven im Wandel. In: Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (Hrsg.) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg. S 27–40

Gries S (2002) Kindesmisshandlung in der DDR: Kinder unter dem Einfluss traditionell-autoritärer und totalitärer Erziehungsleitbilder. LIT, Münster
Habetha S, Bleich S, Weidenhammer J, Fegert J (2012) A prevalence-based approach to societal costs occurring in consequence of child abuse and neglect. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 6: 35
Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011) Misshandlungen in Kindheit und Jugend: Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. Dtsch Arztebl Int 108: 287–294
Jacobi G (Hrsg.) (2008) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Huber, Bern
Johnson CF (1999) Child abuse as a stressor of pediatricians. Pediatr Emerg Care 15: 84–89
Kaufhold G, Pothmann J (2014) Gefährdungseinschätzungen im Zahlenspiegel – Altersverteilungen, Meldergruppen, Kindeswohlgefährdungen. In: KOMDAT 3/13: 9–12
Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK (1962) The battered child syndrome. JAMA 181: 17–24
Kempe A (2007) A good knight for children. C. Henry Kempe's quest to protect the abused child. Booklocker.com
Kröner H-P (2008) Kindesmisshandlung in historischer Perspektive. In: Jacobi G (Hrsg.) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Huber, Bern, S 21–44
Krugmann R (1997) »Suppose it where a genetic disorder« – Editorial. Child Abuse Negl 21: 245–246
Labbe J (2005) Ambroise Tardieu: The man and his work on child maltreatment a century before Kempe. Child Abuse Negl 29: 311–324
Lynch MA (1985) Child abuse before Kempe: An historical literature review. Child Abuse Negl 9: 7–15
Matschke J (2007) Der Fall Mary Ellen und die medizinische Entdeckung der Kindesmisshandlung. Kinder- und Jugendarzt 38: 688–690
Sibert J, Maguire SA, Kemp AM (2007) How good is the evidence available in child protection? Arch Dis Child 92: 107–108
Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ (2011) A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat 16: 79–101
Ten Bensel R, Rheinberger M, Radbill S (2002) Kinder in einer Welt der Gewalt: Misshandlung im geschichtlichen Rückblick. Suhrkamp, Frankfurt, S 10–48
Thyen U, Dörries A (2005) Ärztliches Handeln bei Kindesmisshandlung. Zs med Ethik 51: 139–151
U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau (2015) Child maltreatment 2013. www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment
Wetzels P (1997) Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Baden Baden: Nomos. [Criminological Research Institute of Lower Saxony (Series Editor) Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, vol 8.]
WHO (2002) World report on violence and health. Genf. www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/

A Körperliche Kindesmisshandlung

Diagnostik bei körperlicher Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_2,

Somatische Befunde sind meistens der Ausgangspunkt des Verdachtes auf eine körperliche Kindesmisshandlung. Bei der Diagnosefindung sind sie einer der beweiskräftigsten und im sozio-legalen System hoch bewerteten Parameter. Die fachgerechte und wissenschaftlich abgesicherte Befunderhebung, Interpretation, Diagnose und Differenzialdiagnose sind elementare Voraussetzungen, um aus einem körperlichen Befund die Diagnose einer Kindesmisshandlung abzuleiten. Diese Diagnose kann weitreichende Folgen haben, wie z. B. die Einbeziehung des Jugendamtes, familienrechtliche Eingriffe (einschließlich der Einschränkung der elterlichen Sorge oder andere Kindesschutzmaßnahmen) oder strafrechtliche Konsequenzen. Daher ist eine möglichst strukturierte und vollständige Form der Anamneseerhebung und Befunddokumentation erforderlich, wie sie im ► Anhang und in dem Leitfaden der AG KiM und den DAKJ »Empfehlungen zu Kinderschutz an Kliniken« ausgearbeitet sind (AG KiM, DAKJ 2016). Da die Krankenakte zu einem späteren Zeitpunkt Bestandteil eines Ermittlungsverfahrens werden kann, ist besondere Sorgfalt erforderlich.

2.1 Einführung – Diagnostische Hinweise

Der ärztliche Beitrag und die ärztliche Verantwortung für die Diagnose sowie für das Gelingen einer adäquaten Intervention erfordern die Aneignung spezieller Kenntnisse über die biomechanischen und physiologischen Grundlagen nichtakzidenteller Verletzungen und ihrer Abgrenzung von echten Unfällen und weiteren Differenzialdiagnosen.

Terminologie

Der für die Kindesmisshandlung häufig synonym verwendete Begriff »Battered child« (Kempe 1962) sollte zugunsten von **misshandlungsbedingte Verletzung** (»Abusive injury«) oder **nichtakzidentelle Verletzung** (»Non accidental injury, NAI«) verlassen werden. Der Begriff »Battered child« skizziert begrifflich nur eine umschriebene Befundkonstellation, die dem heute anerkannten, weiten Spektrum misshandlungsbedingter Befunde nicht mehr gerecht wird.

> **Bei der Bewertung einer möglichen Misshandlung ist kritisch die Plausibilität zu prüfen, mit der ein angegebener Mechanismus kausal für die Verletzung oder Verletzungskonstellation sein könnte. Die Diskrepanz zwischen angegebenem Vorfall und dem vorliegenden klinischen Verletzungsbefund ist der Kardinalhinweis auf eine Kindesmisshandlung.**

Anamnestische Hinweise

Bei echten Unfällen gibt es nahezu immer eine nachvollziehbare Erklärung des Unfallgeschehens. Bei Misshandlungen von Kindern fehlt sie in vielen Fällen. Unpassende, unpräzise, vage oder fehlende Erklärungen sind zunächst generell verdächtig. Dies gilt auch für wechselnde Schilderungen im Verlauf wiederholter Befragungen oder für unterschiedliche oder sich widersprechende Erklärungen bei Befragungen verschiedener Personen. Zudem muss die Plausibilität der geschilderten Anamnese im Zusammenhang mit dem Entwicklungsstand und den Fähigkeiten des jeweiligen Kindes geprüft werden. Neben einer womöglich nicht plausiblen Erklärung für Verletzungen des Kindes können sich auch Auffälligkeiten im Verhalten der Betreuungspersonen zeitnah zur Verletzungsentstehung finden. Hier sind insbesondere Hinweise auf Alkohol- oder Drogenmissbrauch zu dokumentieren.

Bei Unfällen wird in der Regel rasch medizinische Hilfe aufgesucht, bei Misshandlungen wird gerade ein verzögerter Arztbesuch als typisch beschrieben.

Kritisch muss auch immer die angebliche Verursachung schwerer Verletzungen durch Geschwisterkinder oder andere Kinder betrachtet werden, wobei seltene Einzelfälle schwerer und sogar tödlicher Verletzungen beschrieben sind. Denkbar ist jedoch auch, dass Eltern bzw. Betreuungspersonen aus Angst oder Scham den wahren, womöglich tatsächlich akzidentellen Hergang verschweigen, weil sie Konsequenzen (z. B. das Jugendamt) fürchten oder ihr »Versagen« als Eltern nicht eingestehen wollen.

Zusätzliche Informationen

Das Einholen zusätzlicher Informationen umfasst das Gespräch mit dem Haus- oder Kinderarzt, oft mit wichtigen Erkenntnissen über die Lebensumstände der Kinder und der Familie. Die allgemeinen

Risikofaktoren für eine belastete Lebenslage sind unspezifisch und haben nur unwesentlichen Anteil bei der Beurteilung der Wahrscheinlichkeit, ob die Verletzungen durch eine Misshandlung verursacht wurden. Sie dienen eher der Abschätzung der Prognose und der Fähigkeit der Familie, zukünftig empfohlene Maßnahmen umzusetzen und das Kind zu schützen. Die Zuordnung von Kindern oder Eltern zu bestimmten Risikokategorien ist zum Verständnis einer Misshandlung und zur Prävention, nicht aber zur Diagnosestellung im konkreten Einzelfall geeignet. Hochspezifisch ist allerdings eine frühere Anamnese des Kindes bezüglich vorausgegangener Misshandlungen. Bei misshandlungsbedingten Kopfverletzungen sind frühere Jugendamtskontakte häufiger in der Vorgeschichte anzutreffen. Es sollte daher versucht werden, Informationen auch von anderen Kliniken über frühere ambulant oder stationär behandelte Verletzungen und alle stationären Aufenthalte zu erhalten (▶ Übersicht).

Mögliche Hinweise auf eine Kindesmisshandlung

- Kardinalhinweis: Anamnese bzw. behaupteter Geschehensablauf erklärt nicht plausibel den vorliegenden Verletzungsbefund
- Über den primären Vorstellungsgrund hinaus zusätzlich gefundene Verletzungen
- Keine, vage oder unpassende Erklärungen für bedeutsame Verletzungen
- Wechselnde Anamnese oder Versionen über den Geschehensablauf
- Unterschiedliche Anamnese durch verschiedene Betreuungspersonen
- Unterschiedliche Anamnese gegenüber wechselndem medizinischen Personal
- Gemessen am Entwicklungsstand des Kindes nicht plausibler Unfallmechanismus
- Arztbesuch mit deutlicher zeitlicher Verzögerung
- Aufsuchen mehrerer Ärzte bzw. Kliniken
- Besorgnis der Eltern entspricht nicht Art und Ausmaß der Verletzungen (zu gering oder zu stark)
- Behauptung, die Verletzungen des Kindes seien von ihm selbst zugefügt
- Behauptung, die Verletzungen seien durch ein Geschwisterkind zugefügt
- Wiederholte stationäre Aufenthalte in der Vergangenheit wegen Verletzungen oder unspezifischer Störungen wie Nahrungsverweigerung, Gedeihstörung u. a.
- Eine Kette von »Unfällen« kann ein Hinweis auf eine Misshandlung oder Vernachlässigung sein.
- Vorherige Kontakte zum Jugendamt (auffällige Sozial- bzw. Familienanamnese, häusliche Gewalt, Misshandlungen in der Vorgeschichte)

Der erste Schritt zur Diagnose, die gründliche Anamnese, umfasst zunächst die möglichst detaillierte Aufklärung des aktuellen Geschehens, das zur Aufnahme führte. Dabei ist es wichtig, die Fakten möglichst früh, präzise und ausführlich zu erheben und zu dokumentieren.

Hinweise aufgrund vorliegender Befunde

Bestimmte klinische Befunde oder Ergebnisse von apparativen Untersuchungen gestatten orientierende Rückschlüsse auf die Wahrscheinlichkeit einer zugrundeliegenden Misshandlung (Tab. 2.1 und Tab. 2.2).

2.2 Anamnese bei Verdacht auf Kindesmisshandlung

Hilfreich ist eine strukturierte Anamneseerhebung mittels eines speziellen Fragebogens, der sowohl die Umstände der Verletzungsentstehung als auch die Verletzungen selbst erfasst (AG KiM, DAKJ 2016, sowie ▶ Anhang). Neben den kindbezogenen Daten, den Verletzungsbefunden und dem psychischen Zustand des Kindes bedarf es einer ausführlichen medizinischen Anamnese hinsichtlich des Kindes und der Familie, einschließlich einer Sozial-, Verhaltens- und Entwicklungsanamnese. Kenntnisse über den Geschehensort können sehr hilfreich, in manchen Fällen auch unabdingbar sein bei der Beurteilung der Plausibilität behaupteter Ereignisse.

Tab. 2.1 Spezifität nichtakzidenteller Verletzungen (ohne Frakturen). (Mod. nach Herrmann 2002)

Immer: Wenn kein plausibles Unfallgeschehen oder keine andere Erkrankung vorliegt	
Hohe Aussagekraft	
ZNS	Subdurale Hämatome mit retinalen Blutungen und Gehirnschädigung, retinale Blutung, Retinoschisis, Glaskörperblutung
Haut	Bissverletzungen, geformte Hämatomabdrucke (Hände, Griffmarken, Fingerabdrücke, Striemen, Gürtelmarken, Riemenabdrucke, Schlaufenkonfigurationen, schlingenförmige Abdrucke, Stockschläge); Hämatome bei prämobilen Säuglingen Geformte Verbrennungen (Zigarettenabdruck, Herdplatte, Bügeleisen, Heizrost etc.), Immersionsverbrühungen (»Handschuh- oder Strumpfmuster«)
Abdomen	Intramurale Duodenalhämatome, Hohlorganperforationen
Mittlere Aussagekraft	
ZNS	Subdurale Hämatome (v. a. über der Konvexität, interhemisphärisch)
Haut	Multiple Hämatome (ungewöhnliche Lokalisation), retroaurikuläre Hämatome, Einrisse des labialen oder lingualen Frenulums bei prämobilen Säuglingen, Verbrennungen/Verbrühungen an Händen, Füßen, Anogenitalbereich
HNO	Hypopharynxperforationen
Abdomen	Verletzungen des linken Leberlappens, der Nieren, des Pankreas; Pankreaspseudozysten
Sonstige	Rezidivierende Apnoen (ALTE)
Niedrige Aussagekraft	
ZNS	Epidurale Hämatome
Abdomen	Milzverletzungen
Haut	Multiple Hämatome im Lauflernalter an »führenden« Körperpartien, verschiedenfarbige Hämatome, Verbrennungen/Verbrühungen mit inhomogenem »Spritz- und Tropfmuster«

Tab. 2.2 Radiologische Spezifität von Frakturen im Hinblick auf eine Kindesmisshandlung. (Mod. nach Sorantin u. Lindbichler 2002)

Immer: Wenn kein plausibles Unfallsgeschehen vorliegt	
Hohe Spezifität	Klassische metaphysäre Fraktur Rippenfrakturen, v. a multiple bzw. Rippenserienfraktur Frakturen von Skapula, Processus spinosus und Sternum Frakturen im 1. Lebenshalbjahr, prämobile Säuglinge
Mittlere Spezifität	Multiple, v. a. beidseitige Frakturen Frakturen verschiedenen Alters Epiphyseolysen Wirbelkörperfrakturen oder Subluxationen Frakturen an Fingern, Händen und Füßen Komplexe Schädelfrakturen Mandibulafrakturen Periostale Reaktionen Frakturen im Säuglingsalter
Niedrige Spezifität	Klavikulafrakturen Schaftfrakturen langer Röhrenknochen Einfache, lineare Schädelfraktur Diaphysäre Frakturen

2.2.1 Vorgeschichte und Umstände der Verletzungen

Erforderlich ist eine möglichst genaue Schilderung der Umstände, unter denen es zu einer Verletzung des Kindes oder Jugendlichen kam. Dabei sind detailliert die Verletzungsumstände, räumliche Umstände am Geschehensort, anwesende Personen und etwaige Beobachter sowie die Aufsicht führende Person zu erfragen. Weitere Fragen sind:

- Was ging der Verletzung voraus? Die Eltern (bzw. das Kind betreuende Personen) sollten detailliert schildern, was sich in den Stunden vor der Verletzung ereignet hat.
- Wann wurde die Verletzung zuerst bemerkt?
- Was ist genau, wann und wo passiert?
- Wie haben sich die Symptome entwickelt? In welcher Reihenfolge und zeitlichen Abfolge?
- Wer hatte Zugang zum Kind vor der Verletzung, wer war sonst anwesend, in der Nähe?
- Wie war die Reaktion der Eltern auf die Verletzung?
- Gab es Erste-Hilfe-Maßnahmen oder Reanimationsversuche?
- In welchem zeitlichen Abstand zur Verletzung erfolgte der erste Arztbesuch?
- Gab es bestimmte Ereignisse, Auslöser oder emotional belastende Situationen, evtl. elterliche Streitigkeiten, die dem Geschehen vorausgingen?
- Gab es Hinweise auf Frustrationen der Eltern beim Füttern, durch Schreien, bei Entwicklungsproblemen oder bei der Sauberkeitserziehung?
- Bietet die Vorgeschichte Hinweise auf chronische Erkrankungen, Behinderungen und eine dadurch auftretende akut zugespitzte familiäre Belastung?

2.2.2 Medizinische Anamnese

Eigenanamnese

Bei der medizinischen Vorgeschichte des Kindes sollten frühere Erkrankungen und Verletzungen erfragt bzw. geprüft werden. Dazu gehören:

- Problematische Schwangerschaft oder Geburt
- Perinatale Komplikationen bzw. Probleme
- Frühere ernsthafte Verletzungen, Inanspruchnahme Notdienst, Krankenhausaufenthalte
- Apnoen (Apparent Life Threatening Events, ALTE), Krampfanfälle, Irritabilität
- Gedeihstörungen, Erbrechen
- Chronische oder rezidivierende Erkrankungen
- Sozial- und Verhaltensanamnese
- Entwicklungsanamnese, etwaige Behinderungen als familiäre Stressfaktoren

Auch nicht durchgeführte Impfungen und unterlassene Vorsorgeuntersuchungen sollten erfragt werden.

Liegen verdächtige Hämatome vor, ist eine Gerinnungsanamnese erforderlich, am sinnvollsten in Form eines strukturierten Gerinnungsfragebogens, wie er auch präoperativ verwendet wird bzw. im o. g. Leitfaden der AG KiM und DAKJ enthalten ist; Fragen dabei sind u. a.:

- Bekommt das Kind leicht blaue Flecke?
- Ungewöhnlich lange Blutungen bei banalen Verletzungen?
- Vor-Operationen mit Blutungskomplikationen?
- Säuglinge: Vitamin-K-Gabe erfolgt?
- Hinweise auf Malabsorption oder Gedeihstörungen (evtl. konsekutiver Vitamin-K-Mangel)?
- Hinweise auf akzidentelle Antikoagulanzieneinnahme (Marcumar der Oma? Ratten- und Mäusegifte enthalten Cumarine!)?

Medizinische Familienanamnese

Je nach Befund muss nach bestimmten familiären Erkrankungen gezielt gefragt werden:

- Bekannte Blutgerinnungsstörungen: Hämophilie oder andere Gerinnungsstörungen?
- Blutungsneigung: ungewöhnlich starke Menstruation bei der Mutter oder anderen weiblichen Verwandten? Unklare operative Todesfälle?
- Bekannte Knochenerkrankungen oder -deformitäten?
- Bezüglich Osteogenesis imperfecta: vermehrte Frakturen, blaue Skleren, Dentinogenesis imperfecta, Schwerhörigkeit?
- Ethnische Zugehörigkeit: Hinweis auf bestimmte Hautbefunde (Mongolenfleck) oder bestimmte volksheilkundliche Praktiken (s. ► Kap. 4.1.7 Differenzialdiagnosen bei Hämatomen)?

- Psychiatrische Erkrankungen, Substanzmissbrauch der Eltern?
- Eigene Vorgeschichte familiärer/häuslicher Gewalt (ggf. Mütter allein befragen)?

Der familiäre Stressgrad und eine mögliche Belastung der Eltern durch Besonderheiten des Kindes sind von größter Bedeutung und werden im ► Kap. 21 genauer ausgeführt. Zur Beurteilung der Plausibilität des behaupteten Unfallherganges ist zu klären, ob das Kind physisch, kognitiv und nach seinem Entwicklungsstand fähig ist, gerade jene Handlungen zu vollziehen, die von den Eltern oder anderen Betreuungspersonen beschrieben wurden.

2.2.3 Inspektion des Geschehens- bzw. Tatortes

Die Untersuchung des Geschehens- bzw. Tatortes ist kein Bestandteil des medizinisch-diagnostischen Vorgehens. Dennoch können dabei hinsichtlich der Plausibilität behaupteter Geschehensabläufe wichtige Informationen gewonnen werden. Diese Angaben zum Geschehensort können fremdanamnestisch erlangt werden:

- Von der Polizei, wenn durch sie eine Tatortuntersuchung, unter Umständen unter Heranziehung eines Rechtsmediziners, veranlasst wurde
- Von Mitarbeitern des Jugendamtes, wenn diese aufgrund des Misshandlungsverdachtes die Familie zuhause aufgesucht haben
- Vom Notarzt bzw. Mitarbeitern des Rettungsdienstes, sofern involviert
- Von den Eltern (z. B. Fotos); Angaben nur eingeschränkt verwertbar
- Gegebenfalls vom Kind

Für eine gerichtssichere Dokumentation ist eine polizeiliche Untersuchung hilfreich. Zu bedenken ist, dass hierdurch zwangsläufig ein Ermittlungsverfahren in Gang gesetzt wird (»Legalitätsprinzip«). Bisweilen kann jedoch anderweitig die Plausibilität von Verletzungen nicht überprüft, die Diagnose nicht gestellt und somit auch der Schutz des Kindes nicht gewährleistet werden. Eine Tatortuntersuchung kann auch der Spurensicherung dienen und muss dann in der Regel zeitnah veranlasst werden. Informationen über den Ort des Geschehens können in unterschiedlichen Zusammenhängen bedeutsam sein, wie die folgenden Beispiele verdeutlichen.

Beispiel Verbrühung Bei einer Verbrühung, die angeblich durch Leitungswasser verursacht wurde, ist es entscheidend, die Wassertemperatur im Haushalt zu erfahren. Wie viel Kraft oder Geschick erfordert das Aufdrehen des Wasserhahnes? Wie ist der Abstand zum Boden? Wie ist der Badewannenabfluss verschlossen? Wie schwierig ist es, ihn zu verschließen?

Beispiel Sturz Bei Stürzen sollte die Fallhöhe gemessen und die Art der Unterlage (Steinfußboden, Teppich) dokumentiert werden. Welche Gegenstände sind im Raum? Wie sind die Möbel arrangiert? Bei Treppenstürzen: Wie hoch sind die Stufen? Wie sind sie bedeckt? Weist eine evtl. involvierte sog. »Lauflernhilfe« (»Gehfrei«) Kratzer oder Dellen auf? Blut, Erbrochenes oder vergossene Nahrungsreste sind zu dokumentieren.

Auch der Eindruck der allgemeinen Organisation und Sicherheit eines Haushaltes kann Auskunft über Risiken für das Kind bzw. die Kinder und den »Stressgrad« der Familie geben. Einen Überblick zur Anamneseerhebung bei Verdacht auf eine körperliche Kindesmisshandlung gibt die folgende ► Übersicht.

Anamnese bei Verdacht auf körperliche Kindesmisshandlung

- Aktuelle Anamnese – Fakten möglichst früh, präzise und ausführlich erheben und dokumentieren
  - Detaillierte Schilderung des aktuellen Geschehens: Verletzungsumstände, räumliche Umstände am Unfallort, anwesende Personen oder Beobachter, Aufsicht führende Person
  - Reaktion der Eltern auf Verletzung: erste Hilfe, Reanimation, prompter Arztbesuch
  - Dem Geschehen vorausgehende Ereignisse, Auslöser, etwaige elterliche Streitigkeiten

- Frustrationen beim Füttern, durch Schreien, Entwicklungsprobleme, Sauberkeitserziehung
  - Hinweise auf familiäre Belastung durch chronische Erkrankungen, Behinderungen?
- Medizinische Vorgeschichte
  - Frühere Erkrankungen, Verletzungen, Gedeihstörungen
  - Chronische oder rezidivierende Erkrankungen, Medikation
  - Problematische Schwangerschaft, Geburt, perinatale Probleme
  - Wahrnehmen von Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen
  - Familiäre Belastung mit Blutgerinnungsstörungen
  - Hinweise auf Osteopathie (Osteogenesis imperfecta)
  - Ethnische Zugehörigkeit (Mongolenfleck, volksheilkundliche Praktiken)
- Sozial-, Verhaltens- und Entwicklungsanamnese
  - »Schwieriges Kind«
  - Belastete Eltern-Kind-Beziehung
  - Familie in chronischer Stress- oder Krisensituation
  - Alkohol-, Drogen- oder Nikotinmissbrauch
  - Familienkonstellation, Wohnverhältnisse, familiäres Umfeld
  - Soziale Stressoren (Arbeitslosigkeit, Wohnraummängel, soziales Umfeld)
  - Beziehung und Einstellung zum Kind, Formen der Disziplinierung
  - Inadäquate Einschätzung oder Wahrnehmung des Kindes
  - Vorausgegangene Warnhinweise, die Überforderung oder Erschöpfung signalisieren

Wenn Befragung des Kindes möglich: keine Suggestivfragen verwenden!

2.3 Klinische Untersuchung und Diagnostik

Die gezielte medizinische Diagnostik möglicherweise misshandelter Kinder erfordert eine schonende, aber gründliche und vollständige körperliche Untersuchung. Diese muss sorgfältig dokumentiert werden. Das Ausmaß zusätzlicher apparativer Untersuchungen hängt vom Alter des Kindes, dem Umfang und der Art der Verletzungen sowie anderen Faktoren ab.

2.3.1 Klinische körperliche Untersuchung des Kindes

Die körperliche Untersuchung eines möglicherweise körperlich misshandelten Kindes beginnt mit der klinischen Erstbeurteilung hinsichtlich einer potenziellen Gefährdung der Vitalfunktionen, um evtl. erforderliche Sofortmaßnahmen einzuleiten. Von großer Bedeutung ist, neben der Beurteilung der zur Vorstellung führenden Verletzung, das Erkennen von zusätzlichen akuten oder früheren Verletzungen, insbesondere wenn sie von den Eltern nicht angegeben wurden.

> **Es muss immer eine Ganzkörperuntersuchung des vollständig entkleideten Kindes erfolgen. Dabei sollte auch der Anogenitalbereich inspiziert werden, um etwaige Spuren eines koexistierenden sexuellen Missbrauchs nicht zu übersehen.**

Weiterhin sollte eine orientierende Einschätzung des psychomotorischen Entwicklungsstandes und des aktuellen psychischen Befundes erhoben und dokumentiert werden.

Bissverletzungen Bei Verdacht auf frische Bissverletzungen ist eine Morphometrie und Fotodokumentation mit Messhilfe (Abb. 2.1) zum späteren Vergleich mit dem Tätergebiss erforderlich. Falls die Bissverletzungen womöglich kurz nach Zufügung untersucht werden, sollte ein Abstrich mit einem sterilen, angefeuchteten Wattestieltupfer erfolgen, der getrocknet bei Bedarf für eine etwaige spätere DNA-Analyse kontaminationsfrei aufbewahrt wird.

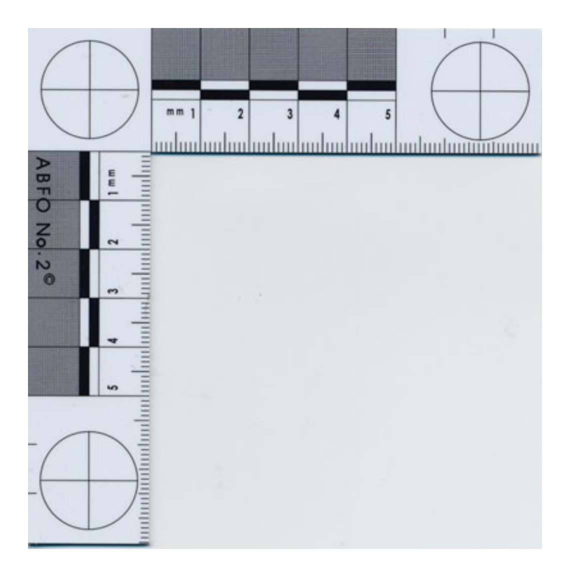


Abb. 2.1 Winkellineal ABFO No. 2 des American Board of Forensic Odontologists – Messhilfe zur Fotodokumentation

Prädilektionsstellen Typische Lokalisationen für eine nichtakzidentelle Verletzung sind u. a. der Kopf, dabei insbesondere das Gesicht, die linke Wange und das linke Ohr, der Retroaurikulärbereich und die behaarte Kopfhaut, gefolgt von Hals, Stamm, Vorderseite der Oberschenkel, Gesäß, Genitalien, Oberarmen und Händen. Diese Regionen sollten gezielt untersucht werden. Das Skelettsystem kann zunächst palpatorisch im Hinblick auf Frakturen, Kallus und Gelenkverletzungen beurteilt werden.

Wachstumsparameter Körpergewicht, Körperlänge und Kopfumfang sind wichtige Bestandteile der medizinischen Diagnostik, da Gedeihstörungen ein wichtiger Hinweis auf Misshandlungen und Vernachlässigungen sein können. Zudem kann mit Hilfe dieser Parameter eine im weiteren Verlauf positive oder negative Entwicklung und damit der Erfolg oder Misserfolg ergriffener Maßnahmen kontrolliert werden.

Geschwisterkinder Bei starkem klinischen Verdacht und insbesondere bei gesicherter Misshandlung sollten auch Geschwister regelmäßig klinisch mit untersucht werden, ggf. inklusive eines Röntgenskelettscreenings bei unter 2-jährigen (s. u.), da diese ebenfalls ein erhöhtes Misshandlungsrisiko aufweisen. Die wichtigsten Punkte der klinischen Untersuchung sind in der folgenden ► Übersicht zusammengefasst.

Klinische Untersuchung bei Verdacht auf körperliche Kindesmisshandlung

- **Wachstumsparameter:** Körperlänge, Körpergewicht, Kopfumfang, Perzentilenverlauf
- **Vollständigen Status** erheben: körperlich, neurologisch und anogenital; dabei komplett entkleidetes Kind untersuchen; Prädilektionsstellen berücksichtigen
- **Frische** Bissverletzungen**:** für forensischen DNA-Nachweis abstreichen (Wattetupfer: steril und DNA-frei), Abstrich trocknen lassen bzw. selbsttrocknende Abstriche verwenden
- **Befundbeschreibung** und **Dokumentation:** Lokalisation, Art, Farbe, Größe, Form bzw. Formung, Gruppierung, Zeichen der Wundheilung. Ausmessen aller Verletzungen, immer Skizze mit Messungen dokumentieren, *zusätzlich* mit Maßstab fotografieren. Detail- *und* Übersichtsaufnahmen anfertigen
- **Verhalten/Aussagen:** bei der Untersuchung wörtlich dokumentieren, keine Suggestivfragen
- **Geschwisterkinder** ebenfalls untersuchen (erhöhtes Misshandlungsrisiko!)

Dokumentation und medizinisch-forensische Fotografie

Befunde müssen leserlich dokumentiert werden und die Zuordnung zum Mitarbeiter klar erkennbar sein. Grundsätzlich sollte immer eine Skizze festgestellter Verletzungen bei der körperlichen Untersuchung des Kindes mit ausgemessenen Befunden und Farbangaben in einem standardisierten, skizzierten Körperschema (► Anhang) angefertigt werden. Zusätzlich sollte möglichst immer eine fotografische Dokumentation erfolgen. Soweit verfügbar ist professionelle Hilfe vorzuziehen, um auch für evtl. spätere Begutachtungen qualitativ hochwertige Fotos anzufertigen. Zu den Grundsätzen forensischer medizinischer Fotografie, mit denen sich der Kliniker schon im Vorfeld vertraut machen sollte,

gehört in erster Linie die Benutzung einer guten Ausrüstung (digitale Spiegelreflexkamera, Medium Zoomobjektiv 24–105 mm), gute Beleuchtung (separater Aufsteckblitz) und eine geplante und durchdachte Bildkonzeption. Der Patientenname sollte einmalig auf einem Foto dokumentiert werden. Neben Detailaufnahmen sind von jedem Befund immer auch (jeweils mehrere!) Übersichtsaufnahmen und Aufnahmen aus mittlerer Entfernung (vorzugsweise im Automatikmodus der Kamera und in hoher Auflösung) anzufertigen, die die eindeutige Lokalisation des Befundes ermöglichen. Die einzelnen Befunde müssen immer senkrecht von oben fotografiert werden, um Verzerrungen zu vermeiden. Obligatorisch sollte eine in der Forensik übliche rechtwinklige Messhilfe verwendet werden, vorzugsweise das »Fotomakrografische Winkellineal ABFO No. 2« des American Board of Forensic Odontologists (◻ Abb. 2.1), Bezug: www.krimtech.de/scales.htm, um die Ausdehnung eines Befundes suffizient abzubilden. Dennoch sind zusätzlich auch immer Bilder ohne Messhilfe anzufertigen. Die Verwendung eines Blitzes ist grundsätzlich ratsam; dabei sollte ein indirektes Blitzen an die Decke dem direkten Blitz vorgezogen werden. Ein digitales Archivierungssystem und die Sicherung der Aufnahmen auf geeigneten Datenträgern bzw. Servern sollte in Absprache mit dem jeweiligen Datenschutzbeauftragten eingerichtet werden.

2.3.2 Apparative und Laboruntersuchungen

Als apparative Untersuchungen kommen eine Reihe von Maßnahmen in Betracht, für die je nach Einzelfall die Indikation sorgfältig zu stellen ist. Das Röntgenskelettscreening, die Fundoskopie und orientierende Laboruntersuchungen sind bei der Mehrzahl der stationär aufgenommenen Kinder unter 2 (bis 3) Jahre mit Misshandlungsverdacht indiziert. Zu prüfen sind jeweils die Indikationen für: Skelettszintigrafie, Computertomografie (CT Schädel, Thorax, Abdomen), Sonografie (Schädel, Abdomen, Herz, zerebraler Doppler, Weichteile, Knochen), Kernspintomografie (MRT Schädel, Thorax, Abdomen), Abdomenübersicht-Röntgen und ergänzende Laboruntersuchungen. Je jünger das Kind und je schwerer die vorliegende Verletzung, desto intensiver müssen die diagnostischen Bemühungen sein.

■ Bildgebende Verfahren

■■ Röntgenskelettscreening

Bei allen Kindern unter zwei Jahren mit begründetem Verdacht auf eine körperliche Misshandlung ist ein sog. Röntgenskelettscreening Methode der 1. Wahl und internationaler Standard, laut AAP sogar obligatorisch (AAP 2009, ACR 2012, RCR 2008, GPR 2013). Das gilt ebenfalls für unklare Todesfälle, die ohnehin meldepflichtig sind, insbesondere aber bei begründetem Verdacht auf eine Misshandlung. Da auch im 3. Lebensjahr in Studien noch in 10% positive Screenings berichtet werden (2. Lebensjahr 12%), ist das Screening auch in dieser Altersgruppe in Erwägung zu ziehen. Eine Entscheidungshilfe hinsichtlich der Indikationsstellung findet sich in der folgenden ▶ Übersicht.

Entscheidungshilfe zur Indikationsstellung eines Röntgenskelettscreenings

(adaptiert nach Wood et al. 2014, 2015a, Borg u. Hodes 2015; nicht schematisch anwenden, immer Einzelfallabwägung, möglichst durch interdisziplinäre Kinderschutzgruppe!)

Ein Röntgenskelettscreening ist **nicht** indiziert, sofern keine sonstigen Verdachtsmomente bestehen, bei

- Lauffähigen Kindern (9–24 Monate) mit distaler Spiralfraktur der Tibia/Fibula mit Sturzanamnese beim Laufen/Rennen (Toddler's Fracture) oder distaler Radius-/Ulna-Fraktur mit Sturzanamnese auf die ausgestreckte Hand
- Säuglingen über 6 Monate mit linearer, einseitiger Schädelfraktur und signifikanter Sturzanamnese (Sturzhöhe > 0,8–1 m oder Sturz eines Erwachsenen auf ein Kind)
- Neugeborenen unter 10–14 Tagen mit akuter, geburtsassoziierter Klavikulafraktur (ohne Kallusbildung), ältere Neugeborene und junge Säuglinge mit heilender, plausibel geburtsassoziierter Klavikulafraktur (Geburtsanamnese klären!)

Ein Röntgenskelettscreening ist indiziert bei
- **allen Kindern von 0–6 Monaten** mit jeglichem Hämatom mit Ausnahme plausibler oder bezeugter Unfall-/Sturzanamnese
- **allen Kindern von 0–12 Monaten** mit jeglichem Hämatom an Wange, Augengegend, Ohren, Hals, Oberarm, Oberschenkel, Hände, Füße, Stamm, Gesäß oder Genitalbereich
- **allen Kindern von 0–24 Monaten** mit Hämatomen an Ohren, Hals, Händen, Füßen, Stamm, Gesäß oder Genitalbereich sowie multiple (und ausgedehnte) Hämatome abseits knöcherner Prominenzen
- **allen Kindern von 0–12 Monaten** mit jeglicher Fraktur mit Ausnahme der im Absatz 1 erwähnten Fälle
- **allen Kindern von 0–24 Monaten** mit einer Anamnese von
  - zugegebener Misshandlung
  - Verletzungen im Kontext häuslicher Gewalt
  - Fraktur als Resultat eines Objektes (z. B. Spielzeug)
  - fehlende Inanspruchnahme medizinischer Behandlung > 24 Stunden, wenn die Fraktur mit erheblichem Schmerz oder erheblichen äußeren oder inneren Verletzungen einhergeht
  - zusätzlichen signifikanten Verletzungen (z. B. Verbrennungen, Hämatome)
  - keinem adäquaten Trauma bzw. keiner Erklärung für die Fraktur
- **allen Kindern von 0–24 Monaten mit** einer der folgenden Frakturtypen
  - Rippenfraktur
  - klassische metaphysäre Fraktur
  - komplexe, imprimierte Schädelfraktur
  - Humerusfraktur mit Epiphysenseparation bei banaler Sturzanamnese (< 1 m)
  - Femurschaftfraktur bei nicht erheblicher Sturzanamnese
- **allen Kindern von 0–24 (ggf. 36) Monaten,** bei denen aufgrund klinischer und/oder anamnestischer Hinweise ein begründeter Verdacht auf eine Kindesmisshandlung besteht, vorzugsweise nach Einschätzung einer multiprofessionellen Kinderschutzgruppe

Beim Röntgenskelettscreening werden alle wesentlichen Knochen auf der Suche nach frischen oder alten Frakturen konventionell geröntgt. Das Screening umfasst die Darstellung aller Extremitäten, des Thorax und des Beckens frontal in einer Ebene sowie den Schädel und die Wirbelsäule in zwei Ebenen. Dabei ist ein »Babygramm«, also die komplette Abbildung eines Kindes auf einer Röntgenplatte, wegen Verzerrungsartefakten und Unschärfe der Metaphysen kontraindiziert. Bei akuten Misshandlungen werden frische Rippenfrakturen in etwa 50% der Fälle übersehen. Daher wird empfohlen, bei entsprechendem Verdacht
- das Röntgenscreening (ggf. limitiert) nach 11–14 Tagen zu wiederholen (erhöht den Nachweis um bis zu 34%),
- bereits primär Thorax-Schrägaufnahmen in das Screening aufzunehmen
- oder auch primär eine ergänzende Skelettszintigrafie durchzuführen.

Das Risiko der Strahlenbelastung des Röntgenskelettscreenings ist zu beachten, wiegt jedoch deutlich weniger schwer als eine übersehene Misshandlung, die unter Umständen zu schweren Verletzungen, Behinderungen oder Todesfällen führen kann. Eine Studie ergab im ersten Lebensjahr bei einem Misshandlungsverdacht in 25% ein auffälliges Screening. Bei negativem Screening und fortbestehendem Verdacht sollte nach 11–14 Tagen ein Kontrollscreening erfolgen, dessen Umfang kontrovers diskutiert wird. Auch wenn ein limitiertes Kontrollscreening nach einigen Studien ohne wesentlichen Informationsverlust möglich scheint, wird bei hohem Verdachtsgrad ein vollständiges Screening (ohne Schädel) empfohlen. Einige Arbeiten favorisieren aufgrund der höheren Ausbeute schon primär eine Kombination des Röntgenskelettscreenings mit der Skelettszintigrafie, ohne dass dies bislang in Leitlinien empfohlen wird. Ein Geschwisterscreening sollte bei Geschwistern unter 1–2 Jahren erfolgen, insbesondere bei Zwillingen (Lindberg et al. 2012, 2014, Maguire et al. 2013).

In jeder Klinik sollte mit und durch die (kinder-) radiologische Abteilung ein verbindliches Protokoll für das Skelettscreening festgelegt werden. Der Umfang und die technischen Details der Untersuchung sind entsprechend den o. g. Empfehlungen der Fachgesellschaften zu berücksichtigen, u. a. um auch bei

subtilen metaphysären Frakturen eine ausreichende Auflösung zu gewährleisten. Bislang jedoch liegt die Rate der durchgeführten Skelettscreenings in indizierten Fällen in einer amerikanischen Studie nur um etwa 50%. Die Vollständigkeit und Qualität radiologischer Protokolle im europäischen Vergleich ist derzeit ebenfalls noch sehr heterogen. Die Hoffnung, dass ein Ganzkörper-MRT das Skelettscreening ersetzen könnte, hat sich nicht erfüllt. Studien zeigen, dass eine MRT diagnostisch unterlegen ist. Die Identifizierung der im konventionellen Röntgenbild oft subtilen metaphysären Frakturen ist dabei allerdings besser (Wood et al. 2015b, Perez-Rossello et al. 2010).

Skelettszintigrafie

Die Skelettszintigrafie hat als alleinige Diagnostik und primäres Screening entscheidende Nachteile und darf nur als komplementäre Methode eingesetzt werden. Epi- und metaphysäre Frakturen, die eine hohe diagnostische Relevanz besitzen, werden dabei nicht erkannt. Im genannten Bereich finden sich durch die aktiven Wachstumszonen physiologische Anreicherungen (Abb. 2.2), die metaphysäre Frakturen maskieren und zum Übersehen symmetrischer Frakturen führen können. Das Alter und die Art gefundener Frakturen sind nicht bestimmbar und erfordern ein konventionelles Nachröntgen. Die insgesamt deutlich schlechtere Sensitivität und Spezifität gilt insbesondere für Schädel- und Wirbelkörperfrakturen. Die Methode ist zudem teurer, bedeutet eine höhere Strahlenbelastung und ist v. a. extrem abhängig von der Erfahrung des Radiologen bzw. Nuklearmediziners mit pädiatrischer Szintigrafie.

Vorteile ergeben sich dagegen für nicht dislozierte, subtile oder okkulte Rippenfrakturen, die in den konventionellen Aufnahmen unter Umständen erst bei der Kallusbildung nach 10–14 Tagen erkannt werden, in der Szintigrafie jedoch bereits nach 24–48 Stunden diagnostizierbar sind (s. auch Tab. 5.6). In der aktuellen Literatur wird diskutiert, bereits primär die Szintigrafie mit dem Skelettscreening zu kombinieren, da hierbei von einer höheren Rate an gefundenen Frakturen berichtet wird.

Zerebrale Bildgebung

Bei allen Kindern mit retinalen Blutungen oder neurologischen Auffälligkeiten ist aufgrund der hohen Korrelation mit subduralen Hämatomen und/oder weiteren intrakraniellen bzw. intrazerebralen Verletzungen eine zerebrale Bildgebung indiziert.

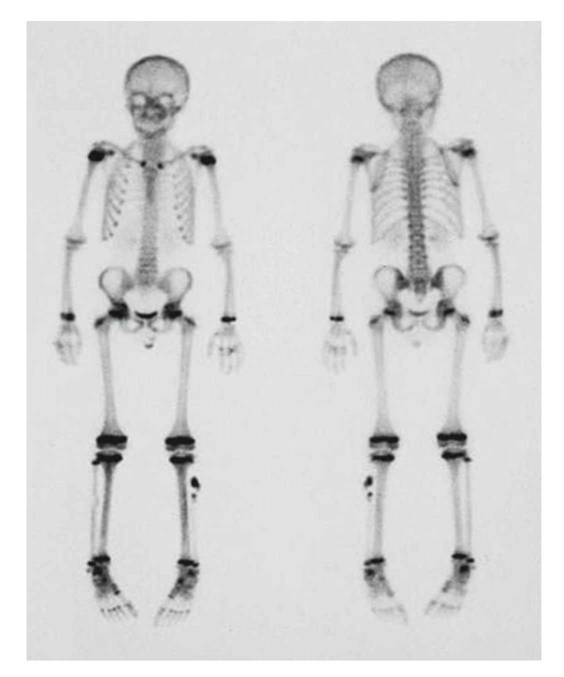


Abb. 2.2 Normale Skelettszintigrafie mit physiologischer Anreicherung im Metaphysenbereich

Zerebrale Computertomografie (cCT)

Bei Kopfverletzungen wird in der Akutsituation die zerebrale Computertomografie (cCT) aus pragmatischen Gründen meist bevorzugt. Sie ist in der Regel besser verfügbar und hat aufgrund der Schnelligkeit Vorteile bei kreislaufinstabilen Kindern. Nachteil ist die nicht zu vernachlässigende Strahlenbelastung. Der Abstand und die Dicke der Schichten sollten bei Kindern unter drei Monaten 4 mm, darüber jeweils 8 mm betragen.

Zerebrale Kernspintomografie (MRT)

Die MRT ist sensitiver, entdeckt mehr Parenchymläsionen und etwa 50% mehr subdurale Hämatome als die cCT, insbesondere bei retinaler Blutung und unauffälligem cCT. Weitere Vorteile sind die genauere zeitliche Einordnung durch Darstellung des Hämoglobinabbaus (Tab. 2.3), die mögliche Differenzierung zwischen Blutung und Ödem sowie die Erfassung von Scherverletzungen.

Tab. 2.3 cCT und MRT-Datierung intrakranieller Blutungen (anhand der Signalintensität von Blutungen, im Vergleich zum Hirnparenchym). (mod. nach Rorke-Adams et al. 2009, Tung 2011)

Zuordnung	Zeit (Tage)	Erythrozyten	Hämoglobinabbau	cCT	MRT T1-Signal	MRT T2-Signal	MRT FLAIR	MRT T2-Gradientenecho
Perakut	< 1	intakt	Oxyhämoglobin	hyperdens	signalarm (isointens/dunkel)	signalreich (hyperintens/hell)	signalreich (hyperintens/hell)	signalarmer Rand
Akut	0–2	intakt	Desoxyhämoglobin	hyperdens	signalarm (isointens/dunkel)	signalarm (hypointens/dunkel)	signalarm (hypointens /dunkel)	signalarmer Rand, zum Zentrum hin abnehmend
Früh subakut	2–14	intakt	Met-Hb (intrazellulär)	hyperdens	signalreich (hyperintens/hell)	signalarm (iso/ hypointens /dunkel)	signalarm (hyointens/dunkel)	signalarm (hyointens/dunkel)
Spät subakut	10–21	lysiert	Met-Hb (extrazellulär)	isodens	signalreich (hyperintens/hell)	Hyperintens/hell	signalreich (hyperintens/hell)	signalarm (hypointens /dunkel)
Chronisch	> 21	lysiert	Hämosiderin/ Ferritin	hypodens	signalarm (isointens/dunkel)	signalarm (hypointens /dunkel)	signalarm (hyointens/dunkel)	signalarmer Rand, Zentrum signalreich

Häufig ist die MRT in der Akutsituation jedoch nicht verfügbar oder bei kreislaufinstabilen Kindern zu zeitaufwendig. Daher dient sie in der Regel der Verlaufskontrolle sowie der genaueren Beschreibung des Ausmaßes einer zerebralen Schädigung. Sinnvoll ist die Durchführung der MRT sobald wie möglich innerhalb der ersten Tage und etwa 2–3 Monate nach dem Trauma. Bei der Primärdiagnostik wird empfohlen, die Halswirbelsäule einzubeziehen, bei entsprechenden klinischen/radiologischen Hinweisen auch den gesamten Spinalkanal. Erforderliche Modalitäten sind T1-Wichtung sagittal und axial, T2-Wichtung axial und koronar, Diffusionswichtung, Gradientenecho-Sequenzen und die FLAIR-Sequenz bei Kindern über 6 Monaten.

■■ Schädelsonografie

Eine zerebrale Sonografie als alleinige bildgebende Diagnostik bei V. a. Verletzungen des Gehirns bzw. ein Schütteltrauma ist nicht zulässig. Die Diagnose subduraler Hämatome mittels Schädelsonografie durch die noch offene Fontanelle oder transkraniell durch die Parietalschuppe kann, je nach Lokalisation und Ausmaß der Blutung, in manchen Fällen möglich sein. Aufgrund des Sektorschallbildes ist eine Darstellung im kalottennahen parietalen Bereich jedoch unsicher oder unmöglich. Ergänzend sollten immer im Bereich der Koronar- und Okzipitalnaht angesetzte laterale transkranielle Schnitte durchgeführt werden. Häufig werden die für ein Schütteltrauma typischen, eher kleinen subduralen Hämatome übersehen. Die sonografische Diagnose ist ebenfalls stark von der Erfahrung des Untersuchers und der Gerätequalität abhängig. Eindeutige Vorteile der Sonografie liegen dagegen in der Einschätzung und Verlaufsbeurteilung eines erhöhten Hirndruckes mittels **zerebraler Dopplersonografie.** Dazu kommt die langfristige Verlaufsbeurteilung struktureller zerebraler Veränderungen, wie erweiterter subduraler Räume (Hygrome), einer Hirnatrophie oder eines Hydrozephalus.

■■ Fundoskopie

Eine Fundoskopie (Augenhintergrunduntersuchung, AHG) ist essentieller Bestandteil der Diagnostik bei allen Kindern unter 2–3 Jahren. Sie hat aufgrund der deutlichen Korrelation retinaler Blutungen mit nichtakzidentellen intrakraniellen bzw. ZNS-Verlet-

zungen einen hohen Stellenwert. Aufgrund der höheren Ausbeute und Validität sollte sie immer durch einen Ophthalmologen durchgeführt werden. Die Primäruntersuchung kann orientierend undilatiert durchgeführt werden, um die Beurteilung der Pupillenreaktion im Rahmen der initial ggf. instabilen neurologischen Situation nicht zu erschweren. Kontrollen in Mydriasis nach 2–3 Tagen sind dann obligat bzw. wenn möglich schon primär zu bevorzugen. Der ophthalmologische Befund sollte Art, Ausmaß, Verteilung und etwaige Mehrschichtigkeit der retinalen Blutungen beschreiben.

▪▪ Diagnostik bei viszeralen Verletzungen

Bei Verdacht auf thorakale, kardiale oder mediastinale Verletzungen sind entsprechend gezielt eine Thorax-CT oder -MRT und eine Echokardiografie durchzuführen. Durch hochauflösende Linearschallköpfe ist es möglich, sonografisch periostale Abhebungen und Frakturen darzustellen (s. ◘ Abb. 5.9a). Die radiologische Diagnostik bei V. a. misshandlungsbedingte Abdomenverletzungen entspricht den Prinzipien für akzidentelle Verletzungen. Die Abdomen-Sonografie ist nur bezüglich freier Flüssigkeit ausreichend aussagekräftig. Hinsichtlich Organläsionen und Darmverletzungen ist die Sensitivität gering. Somit ist bei begründetem Verdacht die CT mit Doppelkontrastaufnahmen mit i.v. Kontrastmittelgabe die Methode der ersten Wahl. Alternativ kommt, je nach Verfügbarkeit, die MRT in Frage. Die Datenlage hinsichtlich eines Laborscreenings, um die Wahrscheinlichkeit einer abdominellen Verletzung und die Indikation einer radiologischen Diagnostik zu beurteilen, ist nicht eindeutig. Labordiagnostisch korreliert die Höhe der Transaminasen-Werte im Blut jedoch gut mit dem Ausmaß der Leberverletzung. Bei einer GOT über 450 U/L und einer GPT über 250 U/l bei normaler AP finden sich fast immer signifikante Leberverletzungen im CT bzw. MRT.

Erhöhte Transaminasen oder Amylase/Lipase sollten somit eine CT nach sich ziehen. Ein negatives Laborscreening kann den Verdacht nicht ausschließen, insbesondere da etliche potenziell betroffene Organe wie Milz oder Hohlorgane nicht darüber erfasst werden. Röntgen-Abdomenübersichtsaufnahmen in Linkseitenlage können freie Luft identifizieren, ggf. nach Verabreichung von wasserlöslichem Kontrastmittel bei Perforationsverdacht. Laborchemische Untersuchungen umfassen: Amylase, Lipase und Transaminasen, ergänzend ein Urinstatus zur Erfassung einer Hämaturie. Liegen intraabdominelle Verletzungen vor, dann ist (unter 2 Jahre) ein Röntgen-Skelettstatus obligatorisch.

▪▪ Labordiagnostik

Das Basislabor umfasst Blutbild, GOT, GPT, γ-GT, Amylase, Lipase, AP, Kalzium, Phosphor, CK-MB, CK-BB, Troponin, Quick, PTT, von Willebrand-Antigen und Ristocetin-Kofaktor, Faktor XIII sowie die Blutungszeit in vitro (PFA 100, Thrombozytenfunktion). Damit wird eine orientierende Abschätzung des Schweregrades von Verletzungen, des Knochenstoffwechsels und des Gerinnungssystems ermöglicht. Die Diagnostik ist auch aus forensischen Gründen indiziert.

▪▪ Weitergehende Untersuchungen

Weitergehende Untersuchungen müssen klinisch indiziert sein. Nur gezielt bestimmt werden die Luesserologie (DD Knochenveränderungen bei sekundärer Syphilis), Coeruloplasmin und Kupfer (DD Menke-Syndrom), Vitamin A (Hyperostosen), Parathormon und Vitamin-D-Metabolite, Mykoplasmen- und HSV-Serologie (bei Erythema-multiforme-artigen Hautveränderungen), Kollagen-Mutationsanalyse (wenn Zweifel hinsichtlich einer möglichen Osteogenesis imperfecta bestehen), toxikologische Urin- und Serumuntersuchung und die Untersuchung des Urins auf organische Säuren, um eine Glutarazidurie auszuschließen. An Letztere ist gelegentlich bei der Kombination subduraler Hämatome mit retinalen Blutungen zu denken. In der Regel ist die Erkrankung durch das erweiterte Neugeborenen-Stoffwechselscreening jedoch erfasst.

Bei Gedeihstörungen übliches Screeninglabor (vgl. pädiatrische Standardwerke), zusätzlich Skelettscreening und Fundoskopie.

Angaben zur apparativen Diagnostik bei begründetem Verdacht auf Kindesmisshandlung und körperlicher Kindesvernachlässigung finden sich in der folgenden ▶ Übersicht.

Apparative und Labordiagnostik bei begründetem Verdacht auf Kindesmisshandlung und körperlicher Vernachlässigung

- **Röntgenskelettscreening:** < 2(–3) Jahre Methode der ersten Wahl: Schädel, gesamte Wirbelsäule, alle entdeckten Frakturen in 2 Ebenen, alle Extremitäten einschließlich Hände und Füße, Thorax a.p. Thorax-Schrägaufnahmen und Wiederholung nach 14 Tagen erhöhen die Rate gefundener Frakturen.
- **Skelettszintigrafie:** *nur* komplementär, nie als alleinige Methode; vorteilhafter für nicht dislozierte subtile/okkulte Rippenfrakturen. Primäre Kombination mit Skelettscreening erhöht die Rate gefundener Frakturen.
- **Zerebrale Bildgebung:** *immer* bei neurologischen Auffälligkeiten, Kopfverletzungen und Nachweis retinaler Blutungen (cCT, MRT, Sonografie (nie als alleiniger Ausschluss!), s. unten)
- **Akut** aus praktischen Gründen: **cCT**; Ausnahme: **MRT** ist sofort verfügbar, Zustand des Kindes stabil
- **MRT:** Kopf mit HWS innerhalb der ersten Tage, sobald verfügbar und Kind stabil; Verlaufskontrolle nach ca. 2 Monaten; spinales MRT erwägen
- **Konventionelle Schädelsonografie** (Standardebenen + transkraniell durch Parietalschuppe): insgesamt unsicherer, nicht zulässig als alleinige bzw. Ausschlussdiagnostik. Sinnvoll in der ersten orientierenden Untersuchung und zur späteren Verlaufsdiagnostik
- **Zerebrale Dopplersonografie:** bei Verdacht auf Hirndruck als sinnvolle Primär- und als Verlaufsdiagnostik in der Intensivbetreuungsphase
- **Fundoskopie** (Augenhintergrunduntersuchung) in Mydriasis < 2–3 Jahre: Akut ggf. undilatiert, immer Kontrolle in Mydriasis; Durchführung möglichst durch Ophthalmologen
- **V. a. thorakale Verletzungen:** Thorax-CT/MRT, Echokardiografie
- **V. a. abdominelle Verletzungen** (durch fehlende Transaminasenerhöhung nicht ausgeschlossen!): Sonografie als alleiniges Screening nicht ausreichend. Abdomen-CT mit Doppelkontrast Methode der Wahl, ggf. MRT; fakultativ Abdomenübersicht-Röntgen in Linksseitenlage (freie Luft?), evtl. mit wasserlöslichem Kontrastmittel (Perforation?)
- **Basislabor**: BB + Diff, GOT, GPT, γ-GT, Amylase, Lipase, AP, Calcium, Phosphor, CK-MB, Troponin, CK-BB, Quick, PTT; von Willebrand Antigen und Kofaktor, Faktor XIII, Blutungszeit in vitro (PFA 100)
- **Urin:** Mikrohämaturie? Toxikologie, Drogenscreening
- **Gezielt:** Coeruloplasmin/Kupfer (DD Menke, Kupfermangel); Vitamin-A-Spiegel (Hyperostosen); Parathormon und Vitamin-D-Metabolite (Rachitis); Mykoplasmen-/HSV-Serologie (Erythema multiforme); organische Säuren (Glutarazidurie), Kollagen-Mutationsanalyse (Osteogenesis imperfecta), AT III, Fibrinogen, D-Dimere (Schütteltrauma mit Verdacht auf sekundäre DIC)
- **Gedeihstörung:** Ausschluss somatischer Ursachen, zusätzlich Skelettscreening, Fundoskopie sowie ggf. IGF-1/IGF-BP3

Verhaltensbeobachtung

Während des **stationären Aufenthaltes** ist es oft möglich, Verhaltensauffälligkeiten des Kindes wahrzunehmen. Manche misshandelten Kinder sind extrem ängstlich, gehemmt, passiv und immer bemüht, alles recht zu machen, keine Fehler zu machen. Manche erdulden klaglos schmerzhafte Eingriffe (Blutentnahme!), sind überhöflich oder überangepasst. Bei etlichen Betroffenen lässt sich ein unsicher gespannt und traurig wirkender Gesichtsausdruck, die sog. **gefrorene Wachsamkeit** (»Frozen watchfulness«) beobachten (s. Abb. 13.2 und Abb. 13.3). Andere wiederum fallen durch hyperaktives, aggressives, asoziales oder destruktives Verhalten auf. Verbale Hinweise von Kindern selbst sind immer ernst zu nehmen.

2.4 Aussagekraft (»Spezifität«) von Verletzungen

Im Falle des Verdachtes auf eine Kindesmisshandlung stellt sich die Frage, wie spezifisch vorliegende Verletzungen im Hinblick auf ihre nichtakzidentelle Entstehung sind. Die Aussagekraft kann nach Angaben in der Literatur bzw. nach klinischen wie rechtsmedizinischen Erfahrungen graduiert werden. Diese Orientierung ersetzt nicht die jeweilige gründliche Bewertung des Einzelfalles. Spezifität wird hier nicht im streng statistischen Sinne gesehen, sondern im Hinblick darauf, wie charakteristisch eine bestimmte Verletzung hinsichtlich ihres anzunehmenden Entstehungsmechanismus ist.

Aussagekraft misshandlungsbedingter Verletzungen (ohne Frakturen)

Die Spezifität von Verletzungen hinsichtlich einer Misshandlung setzt hier immer das Fehlen plausibler Erklärungen für ein akzidentelles Geschehen und den Ausschluss von Differenzialdiagnosen voraus. Die Aussagekraft steigt mit der Feststellung begleitender unklarer bzw. sicher nichtakzidenteller Verletzungen (Tab. 2.1).

In gleicher Weise wie in Tab. 2.1 für zahlreiche Verletzungen dargelegt, lassen sich auch radiologische Befunde hinsichtlich ihrer Aussagekraft für eine Kindesmisshandlung graduieren (Tab. 2.2). Auch bei radiologischen Befunden ist aber immer eine Einordnung in das Gesamtbild erforderlich.

Literatur

AG Kinderschutz in der Medizin (AG KiM), Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) (Hrsg.) (2016) Empfehlungen zu Kinderschutz an Kliniken. Bonn, Kassel, Berlin; laufend aktualisiert, Erstausgabe 2010; aktuelle Version 1.6; Abruf unter www.ag-kim.de/index.php?id=163 und www.dakj.de/pages/aktivitaeten/stellungnahmen-und-empfehlungen/kinderschutz.php

American Academy of Pediatrics (2007) Kellogg ND and the Committee on Child Abuse and Neglect. Evaluation of Suspected Child Physical Abuse. Pediatrics 119: 1232–1241. http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/119/6/1232.full.pdf

American Academy of Pediatrics (AAP) (2009) Section on Radiology. Diagnostic imaging of child abuse. Policy Statement. Pediatrics 123: 1430–1435. http://pediatrics.aappublications.org/content/pediatrics/123/5/1430.full.pdf

American Academy of Pediatrics, Flaherty EG, Perez-Rossello JM, Levine MA, Hennrikus WL and the AAP Committee on Child Abuse and Neglect and Sections on Radiology, Endocrinology, and Orthopaedics and the Society for Pediatric Radiology (2014). Evaluating children with fractures for child physical abuse. Pediatrics;133: e477–e489; http://pediatrics.aappublications.org/content/133/2/e477

American Academy of Pediatrics, Carpenter SL, Abshire TC, Anderst JD and the Section on Hematology/Oncology and Committee on Child Abuse and Neglect (2013) Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. (Clinical Report) Pediatrics;131:e1314–e1322. http://pediatrics.aappublications.org/content/131/4/e1314

American College of Radiology (2012) ACR Appropriateness Criteria® suspected physical abuse – child. https://acsearch.acr.org/docs/69443/Narrative

Borg K, Hodes D (2015) Guidelines for skeletal survey in young children with fractures. Arch Dis Child Educ Pract Ed 100: 253–256. http://ep.bmj.com/content/early/2015/01/14/archdischild-2014-307533

Campbell KA, Olson LM, Keenan HT (2015) Critical elements in the medical evaluation of suspected child physical abuse. Pediatrics 136: 35–43

Friedrich K, Becker K, Rothschild MA, Banaschak S (2012) Child abuse inflicted by small children. Int J Legal Med; 127: 627–30

Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (2011) AWMF-S1-Leitlinie Verdacht auf Misshandlung – Bildgebende Diagnostik. Registernummer 064/014. Aktueller Stand: 2013. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/064-014l_S1_Verdacht_auf_Misshandlung_Bildgebende_Diagnostik_2013-03_01.pdf

Görndt J, Püschel K, Schulte-Markwort M, Lockemann U, Sperhake J (2007) Tödliche Misshandlung eines Säuglings durch ein vierjähriges Kind. Rechtsmedizin 17:159–162

Hansen KK, Keeshin BR, Flaherty E et al. (2014) Sensitivity of the limited view follow-up skeletal survey. Pediatrics 134: 242–248

Hulson OS, van Rijn RR, Offi ah AC (2014) European survey of imaging in non-accidental injury demonstrates a need for a consensus protocol. Pediatr Radiol 44: 1557–1563

Herrmann B (2002) Körperliche Misshandlung von Kindern. Somatische Befunde und klinische Diagnostik. Monatsschr Kinderheilkd 150: 1324–1338

Hymel K, Boos S (2009) Conditions mistaken for child physical abuse. In: Reece RM, Christian CW (eds) Child abuse: Medical diagnosis and management, 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village. pp 227–256

Kemp AM, Butler A, Morris S et al. (2006) Which radiological investigations should be performed to identify fractures in suspected child abuse? Clin Radiol 61: 723–736

Kemp AM, Rajaram S, Mann M, Tempest V, Farewell D, Gawne-Cain ML, Jaspan T and Maguire S and Welsh Child Protection Systematic Review Group (2009) What neuroimaging should be performed in children in whom inflicted brain injury (iBI) is suspected? A systematic review. Clin Radiol 64: 473–483

Kempe CH, Silverman FN, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK (1962) The battered child syndrome. JAMA 181: 17–24

Kidwell CS, Wintermark M (2008) Imaging of intracranial haemorrhage. Lancet Neurol 7: 256–67

Kleinman PK (Hrsg.) (2015) Diagnostic Imaging of Child Abuse. 3rd Edition. Cambridge University Press, Cambridge, UK

Lindberg DM, Shapiro RA, Laskey AL et al. (2012) Prevalence of abusive injuries in siblings and household contacts of physically abused children. Pediatrics 130: 193–201

Lindberg DM, Shapiro RA, Blood EA, Steiner RD, Berger RP and the ExSTRA investigators (2013) Utility of hepatic transaminases in children with concern for abuse. Pediatrics 131: 268–275

Lindberg DM, Berger RP, Reynolds MS, Alwan RM, Harper NS (2014) Yield of skeletal survey by age in children referred to abuse specialists. J Pediatr 164: 1268–1273

Maguire S, Cowley L, Mann M, Kemp A (2013). What does the recent literature add to the identification and investigation of fractures in child abuse: an overview of review updates 2005–2013. Evidence Based Child Health: A Cochrane Review Journal. 8(5): 2044–2057

Mandelstam SA, Cook D, Fitzgerald M, Ditchfield MR (2003) Complementary use of radiological skeletal survey and bone scintigraphy in detection of bony injuries in suspected child abuse. Arch Dis Child 88: 387–389

Meyer JS, Gunderman R et al. (2011) ACR Appropriateness Criteria on Suspected Physical Abuse – Child. J Am Coll Radiol 8: 87–94

Perez-Rossello JM, Connolly SA, Newton AW, Zou KH, Kleinman PK (2010) Whole-body MRI in suspected infant abuse. AJR 195: 744–750

RicciLR (2011) Photodocumentation in child abuse cases. In: Jenny C: Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence. Elsevier Saunders, St. Louis, S 215–221

Rebbechi A (2006) IMI National Guidelines: Photography of Non-accidental Injuries. http://www.imi.org.uk/file/download/2140/IMINatGuidelinesNAIMarch_2007.pdf

Royal College of Radiologists (RCR), Royal College of Paediatrics and Child Health (RCPCH) (2008) Standards for radiological investigations of suspected non-accidental injury. Royal College of Paediatrics and Child Health, London. https://www.rcr.ac.uk/sites/default/files/publication/RCPCH_RCR_final_0.pdf

Rorke-Adams L, Duhaime CA, Jenny C, Smith W (2009) Head trauma. In: Reece RM, Christian CW (eds) Child abuse: Medical diagnosis and management, 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, pp 53–120

Sorantin E, Lindbichler F (2002) Die nicht unfallbedingte Verletzung (battered child). Monatsschr Kinderheilkd 150:1068–1075

Stöver B (2008) Bildgebende Diagnostik der Kindesmisshandlung. Monatsschr Kinderheilkd 156: 385–398

Tung GA (2011) Imaging of abusive head trauma. In: Jenny C: Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence. Elsevier Saunders, St. Louis, S 373–391

Verhoff M, Kettner M, Lászik A, Ramsthaler F (2012) Digitale Fotodokumentation im Rahmen der klinischen Erstversorgung. Forensisch relevante Verletzungsbefunde. Dtsch Arztebl Int 109: 638–42

Wood JN, Fakeye O, Feudtner C, Mondestin V, Localio R, Rubin DM (2014) Development of Guidelines for Skeletal Survey in Young Children With Fractures. Pediatrics 134: 45–53. http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2014/06/10/peds.2013-3242

Wood JN, Fakeye O, Mondestin V et al. (2015a) Development of hospital-based guidelines for skeletal survey in young children with bruises. Pediatrics 135: e312–320

Wood JN, French B, Song L, Feudtner C (2015b) Evaluation for Occult Fractures in Injured Children. Pediatrics peds. 2014–3977; Published online July 13, 2015 (10.1542/peds.2014-3977)

Misshandlungsbedingte Kopfverletzungen und Schütteltrauma-Syndrom

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_3, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Etwa 1–10% aller Kindesmisshandlungen betreffen den Kopf und das Zentralnervensystem (ZNS). Diese Verletzungen haben die gravierendsten Auswirkungen aller Misshandlungsformen, d. h. die höchste Morbidität und Mortalität. Nach amerikanischen Schätzungen sind 80% der Todesfälle durch ZNS-Verletzungen im Säuglingsalter auf Misshandlungen zurückzuführen. Insgesamt sind sie mit 66–75% die häufigste misshandlungsbedingte Todesursache und die häufigste Säuglingstodesursache im 2. Lebenshalbjahr. In etwa jeweils einem Drittel kommt es zu schweren, mittleren oder leichten bzw. fehlenden Folgeschäden. Das Risiko für junge männliche Säuglinge, Kinder aus belasteten sozioökonomischen Lebensumständen und Kinder alleinerziehender, junger Mütter ist erhöht. In etwa einem Drittel aller Fälle finden sich Hinweise auf vorhergehende Misshandlungen mit Schädigungen sowohl des Gehirns als auch anderer Organsysteme und vorherige Kontakte zur Jugendhilfe.

Verletzungen des Kopfes und Gehirns entstehen häufig in Situationen intensiver Frustration und Ärger der Betreuungspersonen und führen am häufigsten zu indirekter Gewalteinwirkung durch Schütteln oder zu direkter äußerer Gewalteinwirkung. Subdurale Hämatome (SDH) ohne adäquate Erklärung (Unfälle oder andere Differenzialdiagnosen) sind signifikant mit Misshandlungen assoziiert. Epidurale Hämatome sind hingegen wesentlich typischer für Unfälle, bis zu 5% beruhen jedoch ebenfalls auf Misshandlungen.

Wenige Diagnosen führen zu so heftigen und teils den Boden der fachlich-wissenschaftlichen Auseinandersetzung verlierenden, emotionalen Kontroversen. Dies resultiert zum Teil aus den erheblichen sozialen, psychischen und juristischen Konsequenzen der Diagnose, aber auch aus vereinzelt gestreuten Zweifeln oder angeblichen Widerlegungen des Schütteltrauma-Syndroms als Diagnose durch einige wenige Gutachter, nicht selten auch vor Gericht (▶ Kap. 3.7).

Terminologie

»Shaken-Baby-Syndrom« oder »Schütteltrauma« werden häufig synonym für misshandlungsbedingte oder nichtakzidentelle Kopfverletzungen verwendet. Terminologisch sind die beiden eher historischen Begriffe jedoch nicht geeignet, das gesamte Spektrum nichtakzidenteller Kopfverletzungen abzubilden. Zudem stellt Schütteln nur einen möglichen, wenn auch oft plausiblen Mechanismus aus dem Spektrum misshandlungsbedingter Hirnschädigungen dar. Des Weiteren folgt dem Schütteln in einem Teil der Fälle ein finales Hinwerfen des Körpers und Auf- bzw. Anprall des Schädels (»Impact«). International haben sich alternative Bezeichnungen auch für das Schütteltrauma entwickelt: »Non Accidental Head Injury« (NAHI), »Inflicted Traumatic Brain Injury« (iTBI) oder »Inflicted Childhood Neurotrauma« (ICN). Die American Academy of Pediatrics empfiehlt mittlerweile den Begriff »Abusive Head Trauma« (AHT), der zunehmend Akzeptanz und Verwendung findet (AAP 2009). Dieser Wandel der Nomenklatur zu einem umfassenderen Begriff zielt darauf ab, eher die Zufügung einer Hirnverletzung durch eine Misshandlung zu betonen, als den angenommenen Mechanismus des Schüttelns terminologisch in den Vordergrund zu stellen.

Entsprechende Begriffe wie »misshandlungsbedingte oder nichtakzidentelle Kopfverletzungen« sind im deutschen Sprachraum bislang nicht gebräuchlich. Zudem stellt Schütteln einen relativ spezifischen und vermutlich den häufigsten Mechanismus aus dem Spektrum misshandlungsbedingter Kopfverletzungen dar, der den Schwerpunkt dieses Kapitels bildet. Daher wird hier aus Vereinfachungsgründen weiter der Begriff **Schütteltrauma** verwendet, wobei dieser explizit als Schütteltrauma-**Syndrom** (STS) zu verstehen ist (▶ Kap. 3.2.3).

»Schütteltrauma-Syndrom« oder »Shaken-Baby-Syndrom« sind nicht identisch mit dem gesamten Spektrum misshandlungsbedingter Kopfverletzungen, sondern sie bezeichnen einen häufigen Ausschnitt aus dem Verletzungsspektrum und einen spezifischen Mechanismus.

3.1 Nicht durch ausschließliches Schütteln verursachte ZNS-Verletzungen

Äußere Gewalt kann verschiedene Bereiche des Kopfes betreffen. Dazu zählen u. a. das Gesicht mit den Augen (▶ Kap. 4.1), der behaarte Kopf und die

Kopfhaut (▶ Kap. 4.1.4), der HNO-Bereich mit Zähnen (▶ Kap. 6.1) und die Kalotte (▶ Kap. 5.7.1).

Die häufigsten Verletzungen entstehen durch Schläge mit Händen, Fäusten oder Gegenständen. Hinterlassen sie einen geformten Abdruck (z. B. Fingerabdrücke im Gesicht), kann daraus mit Sicherheit geschlossen werden, dass sich nicht der Kopf bewegt hat, sondern der Gegenstand bzw. die Hände oder Fäuste auf den Kopf zu. Weiterhin führen Stöße gegen den Körper oder Werfen des Kindes mit Aufprall des Schädels auf eine feste Unterlage wie Wand, Fußboden, Möbel oder andere Gegenstände zu Kopfverletzungen. Seltener finden sich am Kopf penetrierende Verletzungen.

In den meisten Fällen lassen sich diese Verletzungen phänomenologisch nicht von akzidentellen Verletzungen unterscheiden. Die Diagnose Misshandlung resultiert dann aus der für das Trauma inadäquaten oder fehlenden Anamnese, einer unfalluntypischen Lokalisation und/oder misshandlungstypischen Begleitverletzungen.

Hypoxische Hirnschäden können u. a. durch ein sog. »Beinaheersticken« bzw. »Anersticken« induziert werden. Durch Bedecken von Mund und Nase, Würgen oder Thoraxkompression, z. B. im Rahmen eines Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (MSbP) (▶ Kap. 6.4), wird eine Apnoe erzeugt. Bei chronisch rezidivierendem Verlauf können funktionelle und ausgeprägte strukturelle Parenchymschäden wie Atrophie, Hydrozephalus und Mikrozephalie resultieren.

3.2 Schütteltrauma-Syndrom

Das Schütteltrauma-Syndrom ist als medizinische Diagnose akzeptiert. Wenngleich die evidenzbasierte Erforschung des Phänomens methodisch schwierig ist, wurden plausible Konzepte zu seiner Entstehung entwickelt. Dennoch war die konkrete Pathophysiologie des Schütteltraumas in der Vergangenheit umstritten und wirft auch heute noch Fragen auf. Die Kenntnis der hieraus resultierenden Kontroversen ist für die fachliche, aber auch für die juristische Auseinandersetzung von großer Bedeutung (▶ Kap. 3.7).

Als charakteristische Konstellation bei einem Schütteltrauma-Syndrom wird die Koinzidenz einer



Abb. 3.1 Nach Täteraussagen rekonstruierter Ablauf beim Schütteltrauma-Syndrom. (Zeichnung: Brigitte Herrmann)

diffusen Hirnschädigung (Enzephalopathie) mit subduralen Hämatomen (77–90%), meist ausgeprägten retinalen Blutungen (74–92%; somit nicht obligat!) und oft schweren, prognostisch ungünstigen diffusen Hirnschäden beschrieben. Kennzeichnend sind in der Regel fehlende oder nur subtile äußerlich sichtbare Verletzungen. Gelegentlich finden sich zusätzliche Humerus-, Rippen- oder metaphysäre Frakturen. Als Mechanismus wird ein heftiges, gewaltsames Hin-und-her-Schütteln eines Kindes angenommen, was zu unkontrolliertem Rotieren des Kopfes führt (vgl. die Rekonstruktion in Abb. 3.1). Ein zusätzliches Hinwerfen und der damit verbundene Aufprall bzw. Anprall des Schädels (»Shake Impact Syndrome«) wird in 15 bis 27% gefunden und verschlimmert die Folgen deutlich.

3.2.1 Epidemiologie

Die tatsächliche Inzidenz zu erfassen, ist aus verschiedenen Gründen problematisch. Zum einen werden nicht alle Opfer medizinisch behandelt. In verschiedenen Studien wurde von 2,6–5,6% anonym befragter Eltern angegeben, ihre Kinder zumindest einmal geschüttelt zu haben, ohne dass diese medizinisch versorgt werden mussten. Weiterhin wird vermutlich die Diagnose nicht immer korrekt gestellt. In einer Studie wurde in 30% der Fälle die

Diagnose im Vorfeld verpasst, bei späterer Diagnose zeigten sich vermehrt Folgeschäden oder Todesfälle. Nicht zuletzt erschweren abweichende Definitionen eine einheitliche Erfassung.

Verschiedene populationsbasierte Studien geben Prävalenzen von 14–33/100.00 für Kinder unter einem Jahr an, für Kinder unter sechs Monaten 36/100.000. Für Deutschland existierten lange weder zu Kindesmisshandlungen im Allgemeinen noch zu misshandlungsbedingten Gehirnverletzungen, speziell dem Schütteltrauma, valide Daten zu Inzidenz und Prävalenz, Mortalität und klinischer Ausprägung. Die von 2006 bis 2009 durchgeführte deutsche ESPED-Erhebung zum Schütteltrauma ergab nach vorläufigen Daten über 100 Fälle pro Jahr (14/100.000 Kinder < 1 Jahr; Informationen unter www.kindesmisshandlung.de). Zum Vergleich: Die akute lymphatische Leukämie (ALL) tritt in 4/100.000, der kindliche Diabetes in 14/100.000 Fällen auf. Für die Letalität des STS werden Zahlen zwischen 11 und 33% angegeben, meist liegen sie um 20%, in der deutschen ESPED-Erhebung nur um 8%. An einer ALL versterben 15–20%. Nahezu 2% obduzierter vermeintlicher SIDS-Fälle erwiesen sich in einer Studie als STS-Fälle.

Die am häufigsten beobachteten Merkmale bei den Opfern sind junges Alter (medianes Alter 2,2 bis 5,9 Monate) und männliches Geschlecht (etwa 64%). Nach klinischer Erfahrung scheinen ehemalige Frühgeborene häufiger betroffen zu sein. Sie leiden öfter an Regulationsstörungen und weisen einen schwereren Kopf im Vergleich zum Körper und häufiger eine Rumpfhypotonie auf. Ein erhöhtes Risiko wird auch bei multiplen Geburten und einer verzögerte Entwicklung angegeben. Bislang sind diese Beobachtungen in epidemiologischen Studien nicht durchweg bestätigt worden.

3.2.2 Historische Entwicklung

Die ersten Beschreibungen von Kindern mit ungeklärten chronischen subduralen Hämatomen in Verbindung mit Frakturen der langen Röhrenknochen stammen von dem amerikanischen Kinderradiologen J. Caffey (1946), der aber, zumindest öffentlich, keinen Misshandlungshintergrund zugrunde legte (▶ Kap. 1.5). In den späten 1960er Jahren wies der Neurochirurg A.K. Ommaya durch Versuche an Primaten nach, dass abrupte Beschleunigungen des Kopfes über Rotationskräfte ohne zusätzlichen Anprall zu subduralen Hämatomen führen können. Der britische Neurochirurg A.N. Guthkelch berichtete 1971 über zwei Säuglinge mit subduralen Hämatomen ohne äußere Verletzungen. Er vermutete in Anlehnung an Ommaya, dass die Blutungen über einen peitschenschlagartigen Mechanismus durch Schütteln ohne Aufprall erfolgt sein könnten. Wiederum Caffey berichtete 1972 über 27 Kinder mit subduralen Hämatomen und metaphysären Frakturen, deren Verletzungen er auf ein Schütteln des Kindes zurückführte; er prägte dafür den Begriff »Whiplash Shaken Infant Syndrome«. Durch Abscherung des Gehirns von der am Schädelknochen fixierten Dura mater komme es zu Einrissen der Brückenvenen und damit zu den subduralen Hämatomen (Abb. 3.2). Damit war die grundlegende Definition des Schütteltrauma-Syndroms geboren. Caffey vermutete, dass ein signifikanter Teil ungeklärter Behinderungen und neurologischer Auffälligkeiten von Kindern auf nicht diagnostizierte Schütteltraumafälle zurückzuführen sei.

Die amerikanische Neurochirurgin A.C. Duhaime stellte 1987 aufgrund einer damals neuartigen Untersuchung mit Puppenmodellen in Frage, dass die allein durch Schütteln freigesetzten Kräfte ausreichen könnten, um die beschriebenen Verletzungen hervorzurufen. Duhaime führte daraufhin den Begriff des »Shake Impact Syndrome« ein (Duhaime et al. 1987). Methodische Bedenken gegen diese Arbeit ergaben sich aus der bis heute ungeklärten Frage, inwieweit Puppenmodelle die einzigartigen Charakteristika des unreifen, geleeartigen Säuglingsgehirns und die Biomechanik des kraniozervikalen Übergangs widerspiegeln können. Die Übertragbarkeit von Primatendaten auf Babygehirne bleibt ebenso zweifelhaft. Nachfolgende Arbeiten konnten nachweisen, dass Schütteln allein zu den typischen Befunden des Schütteltrauma-Syndroms führen kann. Ein Anprall potenziert die Akzelerations- und Dezelerationskräfte und damit die Folgeschäden allerdings erheblich.

Untersuchungen u. a. der britischen Neuropathologin J.F. Geddes wiesen bei tödlich geschüttelten Säuglingen fokale axonale Schädigungen im

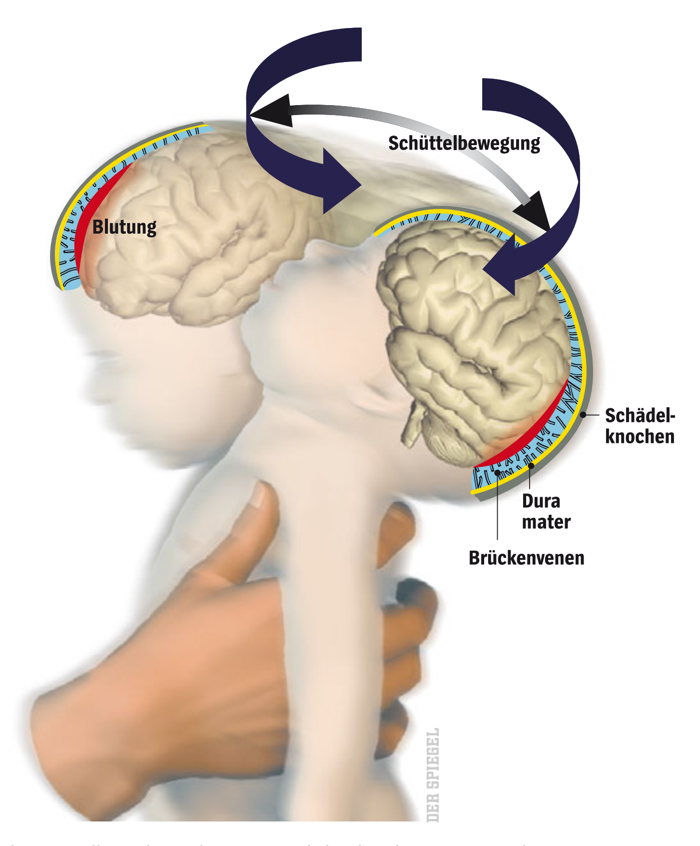


Abb. 3.2 Schematische Darstellung der Pathogenese subduraler Blutungen. (Mod. n. Der SPIEGEL 40/2002, S. 172)

kraniozervikalen Übergang im Bereich respiratorischer Zentren nach, die – zusätzlich basierend auf den entsprechenden Schilderungen geständiger Täter – zur Hypothese einer primären Apnoe mit konsekutiv ischämisch-hypoxischer Hirnschädigung führten. Spätere Arbeiten von Geddes stellten allerdings das Konzept des massiven Schüttelns als primäres Trauma in Frage und postulierten als sog. »unified hypothesis«, dass eine reine hypoxische Schädigung, auch bei banalen Traumen, die typische Schütteltrauma-Konstellation erkläre. Dies ist mittlerweile fachlich widerlegt (▶ Kap. 3.7.2). Auch wenn von einzelnen Protagonisten in Frage gestellt, herrscht unter medizinischen Kinderschutzfachleuten trotz weiterer wissenschaftlich offener Fragen weitgehend Konsens über das grundlegende pathophysiologische Konzept des Schütteltrauma-Syndroms.

3.2.3 Diagnose, Definition, neurologische Präsentationen

Der historische Begriff »Shaken Baby« umschreibt die statistisch hauptsächlich betroffene Altersgruppe von 2–5 Monaten, die aufgrund anatomischer und anderer Prädispositionen besonders vulnerabel ist. Dennoch wurden auch Kasuistiken von (teils letal) geschüttelten älteren Kindern und Erwachsenen publiziert.

Die Diagnose beruht auf anamnestischen, klinischen, radiologischen und ophthalmologischen Hinweisen (▶ Übersicht). Diese sind alle schon per se vereinbar mit der Annahme einer misshandlungsbedingten Kopfverletzung. Je mehr Punkte in einem Fall zutreffen, desto weniger gibt es plausible alternative Erklärungen. Aufgrund der erheblichen juristischen, sozialen und familiären Implikationen der Diagnose sollten sie isoliert nicht als pathognomonisch angesehen werden, und die jeweiligen

Differenzialdiagnosen müssen in jedem vermuteten Fall in Betracht gezogen und ausgeschlossen werden (► Kap. 3.5).

Definition nichtakzidenteller Kopfverletzungen und des Schütteltraumas

Klinische Zeichen einer Enzephalopathie (neurologische Symptome ohne erkennbare anderweitige Erklärung; können subtil sein oder in chronisch-rezidivierenden Verläufen fehlen) und Zeichen einer traumatischen Hirnschädigung – akut: radiologischer Nachweis eines subduralen Hämatoms und/oder diffusen axonalen Traumas und/oder einer Hirnparenchymblutung oder -schädigung; chronisch asymmetrische, gekammerte oder eiweißreiche Hygrome und das Vorliegen von mindestens einem der folgenden Befunde:

- **Retinale Blutungen:** gehen in der Regel über vereinzelte petechiale Blutungen hinaus, sind also disseminiert, ausgeprägt, flammenförmig und/oder betreffen mehr als eine retinale Schicht und/oder sind begleitet von einer Glaskörperblutung und/oder einer traumatischen Retinoschisis
- **Kein oder minimales äußeres Trauma:** fakultativ diskrete Kopfschwartenhämatome, Griffmarken an Oberarmen oder Thorax
- **Keine adäquate Anamnese:** banaler Mechanismus wie Sturz vom Sofa oder Wickeltisch bei schwerer Hirnverletzung, signifikanter neurologischer Störung
- **Fehlende Anamnese**
- **Auf Misshandlung hinweisende Begleitverletzungen:** z. B. metaphysäre Frakturen, multiple Frakturen unterschiedlichen Alters, Rippenfrakturen, geformte Hämatome, Immersionsverbrühungen/Verbrennungen u. a. – jeweils ohne adäquaten akzidentellen Mechanismus
- **Bezeugtes oder zugegebenes Schütteln** (selten)

Syndromale Diagnose

Bereits das alleinige Vorliegen subduraler Hämatome (SDH) hat eine hohe Assoziation zu misshandlungsbedingten Kopfverletzungen. Eine aktuelle Metanalyse ergab eine Odds Ratio (OR) von 9,18 (95% KI 7,12–11,83; $p < 0,00001$). Mit absteigender Wahrscheinlichkeit korrelieren interhemisphärische SDH (OR 8,03, 95% KI 5,58–11,56; $p < 0,00001$), multiple SDH (OR 6,01, 95% KI 2,52–14,35; $p < 0,00001$), SDH über der Konvexität (OR 4,93, 95% KI 1,25–19,42; $p = 0,02$), infra-tentoriale/posteriore Fossa SDH (OR 2,55, 95% KI 1,06–6,13; $p = 0,047$) und bilaterale SDH (OR 3,36, 95% KI 1,10–10,27; $p = 0,03$). Dagegen werden subarachnoidale Blutungen gleich häufig bei Unfällen beobachtet und epidurale Blutungen häufiger bei Unfällen (Core Info Systematic Review Neurological Injuries 2014).

Die Kombination mehrerer der in der ► Übersicht genannten Komponenten erhöht deutlich die Wahrscheinlichkeit einer misshandlungsbedingten Kopfverletzung. So soll die Zweierkombination einer Kopfverletzung mit einem der folgenden drei Punkte – inkonsistente Anamnese bzw. klinische Symptomatik, retinale Blutung oder elterliche Risikofaktoren – einen hohen prädiktiven Wert bezüglich einer nichtakzidentellen Kopfverletzung haben ($p < 0,001$, entsprechend dem Begriff der »an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit« (Minns u. Brown 2005).

Neuere systematische Arbeiten haben in multivariaten Analysen erstmals statistisch sorgfältig differenzierende Kriterien herausgearbeitet. Demnach hat die Kombination einer intrakraniellen Verletzung eines Kindes unter drei Jahren mit einer Apnoe einen positiv prädiktiven Wert (PPV) von 93% und eine Odds Ratio (OR) von 17, die Kombination mit retinalen Blutungen eine PPV von 71% und eine OR von 3,5 und mit Rippenfrakturen eine PPV von 73% und eine OR von 3 (Maguire 2009). Noch aussagefähiger sind verschiedene Kombinationen intrakranieller Verletzungen mit sechs analysierten Faktoren (Apnoen, retinale Blutungen, Frakturen der Rippen oder der langen Röhrenknochen, zerebrale Krampfanfälle sowie Hämatome im Kopf-/Halsbereich). Traten Rippenfrakturen oder retinale Blutungen mit einem jeglichen weiteren der o. g. Befunde kombiniert auf, betrug die OR für eine misshandlungsbedingte Kopfverletzung > 100 (PPV > 85%). Jegliche Kombination von drei oder mehr Befunden ergab ebenfalls eine OR von > 100 und eine PPV von > 85%. Wahrscheinlichkeiten, dass

eine misshandlungsbedingte Kopfverletzung vorliegt, können somit auf der Basis verschiedener Kombinationen klinischer Faktoren abgeschätzt werden. Weitere Untersucher haben der Vierfaktorenkombination Apnoe, Hämatome des Kopf-Halsbereiches, bilaterale oder interhemisphärische subdurale Blutungen und jegliche Schädelfraktur, die nicht einseitig, isoliert, parietal und nicht diastatisch war, eine hohe Sensitivität (96%), eine Spezifität von 46%, einen PPV von 55% und einen hohen negativen Vorhersagewert (93%) zugeordnet (»Abusive head trauma clinical prediction rule« – Hymel et al. 2014).

Unter Berücksichtigung klinischer Parameter und dem Zeitpunkt der Diagnosestellung können verschiedene neurologische Manifestationsformen unterschieden werden, vgl. dazu die folgende ▶ Übersicht.

Neurologische Präsentationen nichtakzidenteller Kopfverletzungen (nach Minns 2005a)

- **Hyperakute, zervikomedulläre Form:** meist letal durch Hyperflexion und Hyperextension mit konsekutiver Hirnstammschädigung (ca. 6%); klinisch akutes respiratorisches Versagen und Hirnödem
- **Akute Enzephalopathie:** häufigste Form mit ca. 53% der Fälle, klassisches Schütteltrauma, meist mit Hirnödem und typischer akuter neurologischer Symptomatik (▶ Kap. 3.2.7)
- **Subakute, nicht-enzephalopathische Präsentation:** mit subduralem Hämatom, retinalen Blutungen, Frakturen und äußerlich sichtbaren Hämatomen, aber ohne akute neurologische Symptomatik (ca. 19%)
- **Rekurrierende Enzephalopathie:** rezidivierende, »subklinische« Schüttelepisoden ohne schwerwiegende neurologische Symptomatik, meist keine medizinische Vorstellung; auch hierbei Entwicklung von posttraumatischen Hygromen möglich (s. u.)
- **Chronische, extrazerebrale, nicht-enzephalopathische Form:** späte Präsentation eines chronischen subduralen Hämatoms oder asymmetrischer, gekammerter oder eiweißreicher Hygrome; Auftreten nach Wochen bis Monaten, ohne retinale Blutungen, Frakturen oder akute neurologische Symptomatik; kann zu Kopfumfangszunahme, Irritabilität, Erbrechen und Entwicklungsstörungen führen (ca. 22%)

3.2.4 Charakterisierung und Intensität des Schüttelns

Häufiger Gegenstand von Diskussionen ist die Frage nach der Intensität des Schüttelns, die erforderlich ist, um die beschriebenen neurologischen und sonstigen Verletzungen zu verursachen.

> **Ein Schütteltrauma-Syndrom mit signifikanten Folgeschäden erfordert massives, heftiges, gewaltsames Hin-und-her-Schütteln des an den Oberarmen (mögliche Folge: Hämatome, Frakturen) oder Thorax (mögliche Folge: Rippenfrakturen) gehaltenen Kindes.**

Erheblicher Kraftaufwand Um die schweren, für das Schütteltrauma-Syndrom typischen Hirnschädigungen hervorzurufen, sind erhebliche physikalische Kräfte erforderlich, wie auch zahlreiche Studien mit geständigen Tätern bestätigen. Es gibt keine Belege dafür, dass banale Stürze aus geringer Höhe (bis ca. 1–1,5 m) oder andere banale Umgehensweisen zu diesen schweren Verletzungen führen. Dazu zählen Hochnehmen eines Säuglings ohne Kopfunterstützung, Hochwerfen, auf den Knien »hopsen« lassen, Fahrten mit ungefedertem Kinderwagen auf Kopfsteinpflaster, Hüpfen auf einem Gymnastikball in den Armen eines Erwachsenen, Erschütterungen durch einen Rettungswagentransport, – nach volkstümlichem Verständnis – »etwas schütteln«, »herumschlenkern« oder forscher, burschikoser oder ungeschickter Umgang mit einem Säugling.

Aufgrund des im deutschen Sprachgebrauch eher harmlos anmutenden Charakters des Begriffs »Schütteln« ist es für das Verständnis und den juristischen Umgang mit geschüttelten Kindern von

großer Bedeutung, den für ein Schütteltrauma erforderlichen Kräfteeinsatz den beteiligten nichtmedizinischen Fachleuten zu verdeutlichen (z. B. Demonstration an einer Puppe, durchaus auch im Gerichtssaal).

Kennzeichen Das Schütteln in der genannten Form führt zu unkontrolliertem Umherrotieren des relativ schweren kindlichen Kopfes sowie der Extremitäten (mögliche Folge: metaphysäre Frakturen). Nach Schilderungen geständiger Täter, Untersuchungen am Tiermodell und Berechnung theoretischer Modelle wird im Durchschnitt für etwa 5–10 Sekunden mit einer Frequenz von 10- bis 30-mal geschüttelt (▣ Abb. 3.1).

Dennoch kann die klinische Symptomatik bei weniger ausgeprägten Fällen unspezifisch sein und nach einer Untersuchung in über 30% zu Fehldiagnosen wie Irritabilität, Enteritis, Infekt, Sepsisverdacht, ALTE (apparent life threatening event) etc. führen (Jenny et al. 1999). Dazu dürfte eine unbekannte Zahl an »subklinisch« geschüttelten Säuglingen zählen, bei denen das Schütteltrauma nie als solches diagnostiziert wurde.

Chronische oder rezidivierende Schütteltraumen Die genannten Abläufe gelten für die akute enzephalopathische Verlaufsform (Einteilung nach neurologischer Manifestationsform, ▶ Übersicht), führen aber aufgrund der Intensität des Schüttelns nicht nur zu akuten, sondern auch oft zu langfristigen neurologischen Schädigungen. Wesentlich schwieriger ist die Beurteilung wiederholter, weniger intensiver Schüttelepisoden. Bei den Gehirnschädigungen durch Schütteln handelt es sich nicht um ein Alles-oder-nichts-Prinzip, sondern um ein Kontinuum von passageren Funktionsstörungen über leichte, subklinische Schädigungen bis hin zum Tod.

»Leichteres« Schütteln führt unter Umständen nicht zu einer so ausgeprägten klinischen Symptomatik, dass eine ärztliche Konsultation erfolgt. Eltern berichten vereinzelt, dass dieses »subklinische« Schütteln bei schreienden Säuglingen tatsächlich dazu führte, das Schreien (vermutlich aufgrund einer neuronalen Funktionsstörung) vorübergehend zu beenden. Dennoch kann es auch dabei zu Schädigungen des Gehirns kommen, die sich in der Folge morphologisch als subdurale Hygrome oder als chronische subdurale Hygrome mit Kammerungen, kleineren Einblutungen und erhöhtem Eiweißgehalt manifestieren können. Klinisch können die Kinder durch Irritabilität, Tonusregulationsstörungen und Entwicklungsstörungen auffallen. Es wird vermutet, dass ein Teil unerklärter Entwicklungsstörungen und Behinderungen im Kindesalter auf diese wiederholten Schüttelepisoden zurückzuführen ist.

3.2.5 Prädisposition

Das physiologische »Hauptschreialter« kleiner Säuglinge deckt sich weitgehend mit dem Hauptinzidenzzeitraum des Schütteltraumas. Weiterhin tragen der überproportional große Kopf des Säuglings mit relativ hoch sitzendem Gehirn, der höhere Wassergehalt und die geringere Myelinisierung des Säuglingsgehirns, ein relativ großer Subarachnoidalraum, die schwache Nackenmuskulatur mit fehlender eigener Kopfhaltungskontrolle und die offenen Nähte und Fontanellen zu den gravierenden Folgen des Schütteltraumas bei. Aus diesem Grund scheinen auch ehemalige Frühgeborene ein erhöhtes Risiko zu haben, von einem Schütteltrauma betroffen zu sein. Eine große Rolle spielen auch die physische Hilflosigkeit und der Massenunterschied von etwa 10–20:1 zwischen Erwachsenen und Säuglingen. Folgende fiktive Illustration mag dies verdeutlichen: nimmt man an, ein 180 cm großer und 85 kg schwerer Mann schüttelt einen 55 cm großen und 3,5 kg schweren Säugling, dann ist das so, als würde im Vergleich der Erwachsene von einem knapp 2 t schweren und 6 m großen Riesen geschüttelt.

3.2.6 Ursachen, Anamnese, Täter

Schreien aufgrund frühkindlicher Regulationsprobleme gilt als einziger durchgängig nachweisbarer Risikofaktor und Auslöser eines Schütteltraumas. In der Regel kommt es über misslungene Beruhigungsversuche, zunehmenden Erfolgsdruck und Versagensgefühle zu einer zugespitzten Stresssituation und Hilflosigkeit. Defizite an Elternkompe-

tenz, ungelöste biografische Konflikte, Partnerkonflikte, fehlende soziale Ressourcen und Hilfen sowie eine mangelhafte Impulskontrolle kumulieren zum akuten Schütteln in einer affektgeladenen Situation. Auch wenn das Wissen um die Gefährlichkeit des Schüttelns nicht weit verbreitet scheint und spezifische Schädigungen meist nicht geplant/intendiert sein dürften, zeigen Berichte geständiger Täter, dass diesen die Lebensgefährlichkeit ihres Handelns durchaus bewusst war.

Die American Academy of Pediatrics konstatiert, dass das diagnostizierte Schütteltrauma-Syndrom von derartiger Schwere ist, dass auch medizinisch nicht gebildeten Personen das Schädigende und potenziell Lebensgefährliche dieser Gewalthandlung offensichtlich ist (AAP 2001).

In der überwiegenden Zahl der Fälle wird die wahre Anamnese nicht mitgeteilt, sondern es werden Stürze, Fallenlassen oder Schütteln zur Wiederbelebung aufgrund eines Atemstillstandes angegeben. Aufgrund der Massivität des Geschehens ist es jedoch wenig plausibel, eine erkennbar lebensgefährdende Handlung vorzunehmen, um das Leben des Kindes zu retten. Plausibler ist in derartigen Fällen die Annahme, dass der Atemstillstand des Kindes die Folge des Schüttelns war. Eine fehlende Anamnese hatte einer Untersuchung zufolge eine 97%ige Spezifität und einen 92%igen positiven Vorhersagewert für eine nichtakzidentelle Kopfverletzung. Stark hinweisend waren ebenfalls die Anamnese eines banalen Sturzes und eine persistierende neurologische Beeinträchtigung (Hettler u. Greenes 2003).

Trotz methodischer Einschränkungen geben sorgfältig analysierte und mit den klinischen und radiologischen Daten verglichene Tätergeständnisse wertvolle Informationen über Motivation, Abläufe, Gewalttätigkeit, Eintritt der Symptomatik und die paradoxe Auswirkung, dass das geschüttelte Kind tatsächlich oft »ruhig« wird. Zudem bestätigen sie eindeutig, dass Schütteln ohne Aufprall in der Lage ist, die typische Konstellation des STS zu erzeugen, dass Schütteln häufig (in ca. 50% der Fälle) wiederholt erfolgt, dass es oft erheblich gewalttätig ist und dass nahezu immer eine sofortige, erkennbare Symptomatik auftritt.

3.2.7 Klinische Symptomatik und Befunde

Das Spektrum klinischer Symptome ist variabel und abhängig von der Dauer und der Heftigkeit des Schüttelns, einem etwaigen zusätzlichen Aufprall oder Anprall des kindlichen Kopfes und dem Alter sowie der Konstitution des Kindes wie des Täters und der Schwere der hieraus resultierenden Hirnverletzung. Die klinischen Symptome und möglichen Befunde sind den folgenden ▶ Übersichten zu entnehmen. Typisch ist, dass trotz oft schwerer neurologischer Symptome in der Regel keine äußeren Verletzungen nachweisbar sind.

Klinische Hinweise auf nichtakzidentelle Kopfverletzungen

- Reduzierter Allgemeinzustand
- Trinkschwäche
- Nahrungsverweigerung
- Irritabilität
- Schläfrigkeit
- Erbrechen
- Muskelhypotonie
- Zerebrale Krampfanfälle
- Apnoe
- Temperaturregulationsstörungen
- Bradykardie
- Somnolenz, Apathie, Koma, Tod

Mögliche klinische Befunde

- Intrakranielle Blutungen, insbesondere subdurale Blutungen (77–90%) und posttraumatische Hygrome
- Retinale Blutungen (74–92%), Glaskörperblutungen, Retinoschisis, Einblutungen der Sehnerven
- Äußere Schädelverletzungen, Schädelfrakturen
- Frakturen der Rippen
- Metaphysenfrakturen der langen Röhrenknochen
- (selten) Halswirbelfrakturen, spinales Trauma der HWS

3

3.3 Pathogenese, Pathophysiologie, zeitliche Abläufe (»Timing«) beim Schütteltrauma

Zum Verständnis des Schütteltraumas und seiner möglichen Konsequenzen sind einerseits die Pathogenese und andererseits die Pathophysiologie sowie organische Folgen wie z. B. retinale Blutungen zu betrachten.

3.3.1 Pathogenese

Das forcierte Vor- und Zurückpendeln des Kopfes durch Schütteln führt zu einer unterschiedlichen Beschleunigung von Hirngewebe und Schädelknochen. Dies bewirkt eine Abscherung des Gehirns gegenüber der am Knochen anhaftenden Dura mater; dadurch kommt es zu einem Einriss der dazwischen nach oben verlaufenden Brückenvenen. Dies erklärt die subduralen Hämatome (Abb. 3.3 und Abb. 3.4).

Subdurale Hämatome sind zwar ein wichtiger Indikator einer Kindesmisshandlung, für das Ausmaß der Hirnschädigung in der Regel jedoch nicht von Bedeutung, wie die Erfahrungen aus akzidentellen Stürzen, Verkehrsunfällen und tierexperimentelle Arbeiten gezeigt haben. Ausnahmen betreffen die selten beim Schütteltrauma auftretenden, massenwirksamen subduralen Hämatome. Subdurale Hämatome und retinale Blutungen sind eher im Sinne von Symptomen zu verstehen, die auf das Schütteltrauma hinweisen.

Zeitliche Abläufe

Aus forensischer Sicht ist es von herausragender Bedeutung, korrekte Schlussfolgerungen aus den zeitlichen Abläufen bei einem Schütteltrauma zu ziehen. So ist für isolierte, progrediente subdurale Hämatome bei Erwachsenen und Jugendlichen eine variable zeitliche Latenz zwischen Trauma und gravierender klinischer Verschlechterung beschrieben (»Walk, talk and then deteriorate and die«), jedoch nur äußerst selten bei Kindern und bisher nicht bei Säuglingen.

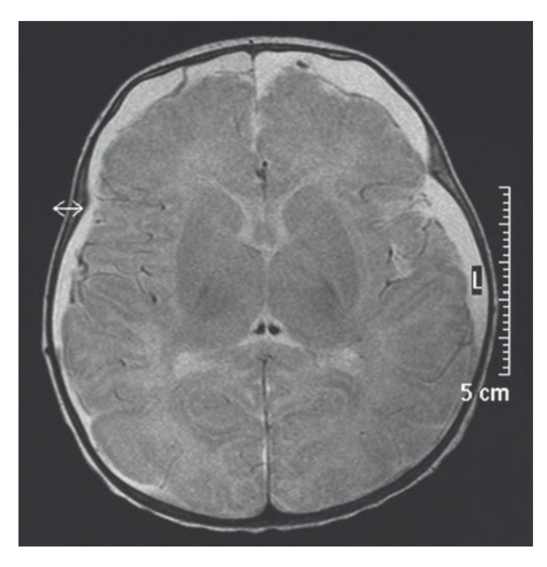


Abb. 3.3 Akutes subdurales Hämatom (Doppelpfeil) im MRT – kein Raumforderungscharakter!

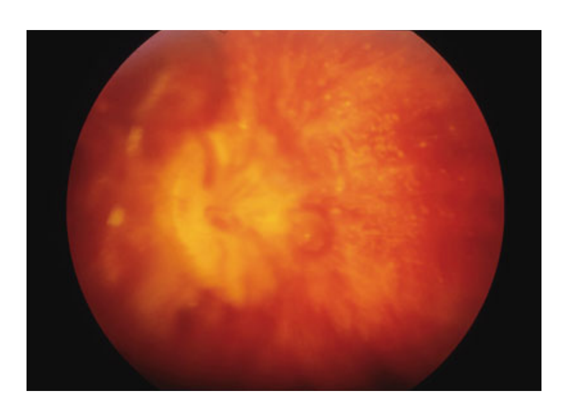


Abb. 3.4 Ausgeprägte retinale Blutungen bei Schütteltrauma. (Abbildung freundlicherweise überlassen von Dr. A. Levin, Toronto)

Beim akuten, schweren Schütteltrauma handelt es sich um eine primär diffuse Hirnschädigung, die immer eine sofortige neurologische Symptomatik nach sich zieht. Auch wenn diese in ihrer Ausprägung variabel ist, ist ein signifikant geschüttelter Säugling niemals primär völlig unauffällig. Signifikant bedeutet in diesem Zusammenhang, dass es zu bedeutsamen akuten (Krampfanfälle, Bewusstseinsstörungen, Intensivtherapie erfordernden) oder chronischen Symptomen bzw. Folgeschäden kommt.

Eine Progression der klinischen Symptomatik ist durch die Ausbildung eines Hirnödems und das Einsetzen sekundärer Schädigungsmechanismen möglich. Die Säuglinge sind bei signifikanten, misshandlungsbedingten Kopfverletzungen jedoch immer ab dem Moment des Schüttelns auch für Laien erkennbar auffällig. Auf zellulärer Ebene kommt es zu einer akuten diffusen Störung der neuronalen Zellfunktion, die je nach Intensität und Dauer der einwirkenden Kräfte zu einer mehr oder minder stark ausgeprägten, aber unmittelbar auftretenden klinischen Symptomatik führt. Zu den hierbei auftretenden klinischen Auffälligkeiten zählen neben Bewusstseins- und Atemstörungen auch unspezifische Zeichen wie Irritabilität, Unruhe, Erbrechen, Blässe, Schläfrigkeit oder muskuläre Hypotonie. Somit wird dem Einsetzen der klinischen Symptomatik für die zeitliche Einordnung mittlerweile eine wesentlich größere Bedeutung zugemessen als der ungenaueren radiologischen Datierung.

3.3.2 Pathophysiologie

Der tatsächlich prognostisch relevante Mechanismus der Hirnschädigung ist Gegenstand intensiver wissenschaftlicher Diskussion. Lange Zeit wurde der diffusen axonalen Schädigung (DAI, diffuse axonal injury) eine Hauptrolle in der Pathophysiologie des STS zugeschrieben. Mittlerweile rückt zunehmend die Rolle einer hypoxisch-ischämischen Enzephalopathie in den Fokus. Es gibt deutliche Belege, dass sich die biochemischen und metabolischen Reaktionen auf eine Gehirnverletzung bei jungen Säuglingen signifikant und fundamental von denen bei älteren Kindern und Erwachsenen unterscheiden. Das sich schnell entwickelnde Säuglingsgehirn scheint in bestimmten Entwicklungsphasen eine kritische Suszeptibilität gegenüber einem äußeren Trauma zu haben. Der Nachweis von axonalen Scherverletzungen durch Hyperextensionskräfte im zervikalen Rückenmark und im zervikomedullären Übergang führte zur Hypothese einer dadurch induzierten transienten (oder in letalen Fällen permanenten) Apnoe mit konsekutiver Hypoxie und Ischämie. Da bei letal geschüttelten Kindern strukturelle Zellschäden in Form einer DAI nicht durchgängig nachgewiesen werden konnten, scheint die Ischämie und Hypoxie der hauptsächliche Auslöser für nachfolgende, komplexe pathogene biochemische Prozesse zu sein. Aktuelle Theorien zur Pathogenese gehen davon aus, dass eine Kombination verschiedener Faktoren zu den Folgen des STS führt. Lokale und diffuse neuronale Schäden und sekundäre inflammatorische Prozesse können über komplexe neurometabolische Kaskaden in ein diffuses Hirnödem münden. Zu den hierfür verantwortlichen Faktoren zählen Exzitotoxizität, oxidativer Stress und freie Radikale, Apoptose und Inflammation.

■ Diffuses axonales Trauma

Die klassische Theorie war die des diffusen axonalen Traumas (DAI, »Diffuse axonal injury«). Das unkontrollierte Hin-und-her-Schwingen des Kopfes führt zu erheblichen Rotations- und Scherkräften. Diese wirken zwischen grauer und weißer Substanz und zwischen den verschiedenen, unterschiedlich dichten Neuronenschichten. Dadurch kommt es zu multiplen Stauchungen, Zerrungen und Abrissen neuronaler Verbindungen, dem sog. diffusen axonalen Trauma, und zu einem erheblichen diffusen Hirnparenchymschaden. Hieraus resultiert neben der sofort einsetzenden klinischen Symptomatik eine Vielzahl teils irreversibler, teils reversibler neuronaler Funktionsausfälle, wie Seh-, Hör- und Sprachstörungen.

■ Ischämie und Hirnödem

Zusätzlich erfolgt eine Freisetzung von Neurotransmittern, insbesondere exzitatorischer Amine, womit es zu weiteren zytotoxischen Effekten und Aufhebung der Gefäßautoregulation und Störungen der Hirndurchblutung kommt. Vasospasmen führen dann zu weiteren Ischämien, Hypoxien, Zellschädigungen, Mikroinfarkten und ischämischen Insulten. Somit führen sowohl lokale als auch generalisierte Ischämien zu Hypoxie, Hirnödem und erhöhtem Hirndruck, wiederum mit einer Potenzierung der organischen wie funktionellen Schäden.

■ Apnoehypothese

Diese Theorie beruht auf dem Nachweis von axonalen Scherverletzungen im kraniozervikalen Übergang. Sie besagt, dass es durch Hyperextensionskräfte im zervikalen Rückenmark und im zerviko-

medullären Übergang zu einer traumatisch induzierten Apnoe kommt. Diese wiederum führe über die konsekutive Hypoxie zu einem Hirnödem und erhöhtem Hirndruck.

▪ Exzitotoxizität, oxidativer Stress, Apoptose und Inflammation

Die oft schweren Folgeschäden resultieren aus den skizzierten primär neurotraumatischen Mechanismen, aber auch aus komplexen neurometabolischen Kaskaden und sekundären inflammatorischen Prozessen, die in ein diffuses Hirnödem münden (Haseler et al. 1997, Kochanek et al. 2000, Dias 2011).

Der bei Kindern mit einem STS beobachtete und im Vergleich zu akzidentellen Hirnverletzungen überproportional höher nachweisbare Glutamatanstieg ist neben Glyzin und Aspartat hauptverantwortlich für die Exzitotoxizität. Durch Aktivierung u. a. von N-methyl-d-Aspartat (NMDA)-Rezeptoren und Calcium vermittelten metabolischen Kaskaden kommt es durch intrazelluläre Proteasen, Lipasen und Endonukleasen zur Freisetzung von Superoxidradikalen und schließlich zum neuronalen Zelltod. Die Schwelle des NMDA-Glutamatrezeptors für einen zytopathogenen Calciuminflux ist bei Säuglingen deutlich geringer, sodass hieraus eine höhere Anfälligkeit des unreifen Gehirns resultiert. Neuroprotektive Faktoren wie Adenosin und VEGF (vascular endothelial growth factor) sind dagegen reduziert. Ein sekundärer metabolischer Schaden entsteht durch oxidativen Stress. Freie Radikale wie Superoxide, Hydroxylradikale, Hydrogenperoxid und Peroxynitrit führen zu Schäden an Zellmembranen, Proteinen und Nukleinsäuren. Hinweise auf verstärkte Apoptoseprozesse ergeben sich durch vermehrten Nachweis von mitochondrialem Cytochrom c und erniedrigten Spiegeln von apoptoseprotektivem Bcl-2 im Liquor.

Vermehrte Ausschüttung von Endothelin-1, einem Peptid mit erheblicher vasokonstriktorischer Potenz, führt zu einer Aufhebung der Gefäßautoregulation und Störungen der Hirndurchblutung. Vasospasmen führen dann zu weiteren Ischämien, Hypoxien, konsekutiven Zellschäden und ischämischen Insulten. Somit führen sowohl lokale als auch generalisierte Ischämien zu Hypoxie, Hirnödem und erhöhtem Hirndruck, wiederum mit einer Potenzierung der morphologischen wie funktionellen Schäden.

Sekundäre inflammatorische Prozesse werden durch Freisetzung von Zytokinen wie IL-1, IL-6 und IL-8 (Interleukine 1, 6, 8), ICAM-1 (interzelluläres Adhäsionmolekül-1) und Quinolinsäure induziert. Sie führen zu einer anhaltenden, durch neutrophile Granulozyten vermittelten akuten und subakuten inflammatorischen Reaktion. Diese ähnlich auch bei akzidentellen Gehirnverletzungen ablaufenden Reaktionen waren in verschiedenen Studien bei Kopfverletzungen im Liquor jedoch durchweg qualitativ und quantitativ wesentlich schwerwiegender als bei akzidentellen zerebralen Verletzungen nachzuweisen. Dies kann auch die schwierige therapeutische Beeinflussbarkeit erklären. Experimentelle Ansätze haben den möglichen Einfluss endo- und exogener Neuroprotektoren untersucht, ohne es bislang jedoch bis zur klinischen Anwendung geschafft zu haben.

3.3.3 Retinale Blutungen und weitere Augenverletzungen

Retinale Blutungen, die in 10–15% auch einseitig auftreten können, finden sich bei 74–92% der Opfer eines Schütteltraumas. Sie sind überwiegend bilateral, zahlreich (in zwei Dritteln zu zahlreich, um sie zu zählen) und reichen bis in die Peripherie. Die Schwere der Blutungen korreliert sowohl mit der Schwere der Hirnverletzungen als auch mit dem Ausmaß hypoxisch-ischämischer Enzephalopathie. Es besteht eine signifikante Assoziation zwischen retinalen Blutungen und Rippenfrakturen, Frakturen der langen Röhrenknochen und multiplen Frakturen. Retinale Blutungen sind selten bei nichtmisshandlungsbedingten Kopfverletzungen und anderen Differenzialdiagnosen und sind dann üblicherweise gering an der Zahl, meist am hinteren Pol lokalisiert und reichen selten bis in die Peripherie. Kein Parameter findet sich jedoch ausschließlich bei Misshandlungen, eine Reihe von Differenzialdiagnosen müssen ausgeschlossen werden (▶ Kap. 3.5.1).

Die retinalen Blutungen beruhen vermutlich ebenfalls v. a. auf den zuvor genannten Rotations- und Scherkräften, die in der Orbita auf den Bulbus

oculi wirken. Daraus resultieren wiederum Scherkräfte zwischen Glaskörper und Retina und den verschiedenen retinalen Zellschichten mit konsekutivem Einriss retinaler Gefäße. Keine Bedeutung wird der fortgeleiteten Erhöhung des Hirndrucks beigemessen. Sowohl das bei Erwachsenen beschriebene Terson-Syndrom (intraokuläre Blutung im Rahmen einer Hirnblutung) als auch die Purtscher-Retinopathie (retinale Blutungen durch erhöhten intrathorakalen Druck) spielen keine Rolle bei der Genese retinaler Blutungen im Rahmen des Schütteltrauma-Syndroms. Beide Begriffe sollten daher auch terminologisch nicht zur Charakterisierung der Befunde benutzt werden.

Retinale Blutungen sind nicht spezifisch für ein Schütteltrauma. Allerdings finden sich bei den denkbaren Differenzialdiagnosen nur sehr selten massive intra-, sub- und präretinale, also mehrschichtige Blutungen, die oft an die Ora serrata heranreichen (Abb. 3.4). Daher ist es wenig hilfreich, nur das reine Vorhandensein oder Fehlen retinaler Blutungen in vermuteten Schütteltrauma-Fällen zu dokumentieren. Es müssen immer auch Art, Anzahl, Ausprägung, Schweregrad und Verteilung der Blutungen beschrieben werden.

Begleitende Glaskörperblutungen, perimakuläre Falten oder eine traumatische Retinoschisis galten früher als pathognomonisch für ein Schütteltrauma-Syndrom. Einzelne Kasuistiken beschreiben ihr Auftreten jedoch auch bei schweren und plausiblen Unfällen. Dennoch besteht eine hohe Assoziation zu misshandlungsbedingten Hirnverletzungen.

Nach dem klinisch meist unproblematischen Ausschluss der gängigen Differenzialdiagnosen können aber zumindest ausgeprägte retinale Blutungen per se als hochgradig verdächtig gelten. Ein systematischer Review gibt die Odds ratio eines Kindes mit einer Kopfverletzung und retinalen Blutungen mit 15,31 (95% KI 7,84–29,89) und die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung mit 91% an (Maguire et al. 2013, Core Info 2015). Aufgrund der raschen Resorption innerhalb von 1–2 Wochen, in Einzelfällen bis zu 3 Wochen, führen die retinalen Blutungen per se nicht zu Visusstörungen. Das Alter retinaler Blutungen kann nicht datiert werden. Einseitige Blutungen sprechen nicht gegen ein Schütteltrauma.

Verletzungen der Augen durch äußere direkte Gewalt werden in ► Kap. 6.1 beschrieben.

3.3.4 Spinale Verletzungen

Bei Misshandlungen können sowohl die knöchernen Strukturen und umgebenden Weichteile der Wirbelsäule als auch das Rückenmark betroffen sein (etwa 3–8% der Misshandlungen). Dies scheint in mehr als der Hälfte der Fälle übersehen zu werden. In letalen Fällen ist die Rate mit bis zu 71% deutlich höher; hier werden spinale sub- und epidurale Blutungen, Wirbelkörperfrakturen und Einblutungen der ligamentären Strukturen beschrieben. Zu spinalen Verletzungen im Rahmen des Schütteltrauma-Syndroms kann es durch Extension und Hyperflexion kommen. Die Halswirbelsäule ist dabei eher bei jungen Kindern (Median 5 Monate) betroffen, die klinisch mit eingeschränktem Bewusstsein und Atemstörungen auffallen. Zu thorako-lumbalen Verletzungen kommt es eher bei Älteren (Median 13 Monate) mit sichtbaren spinalen Deformitäten oder fokalen neurologischen Ausfällen. Bei Einbeziehung des thorako-lumbalen Bereiches in der Magnetresonanztomografie (MRT) ist die Rate detektierter spinaler Verletzungen deutlich höher (Kemp et al. 2010, Choudhary et al. 2014).

3.4 Klinische und radiologische Diagnostik

Diagnostisch gesichert wird das Schütteltrauma durch die beschriebene typische Symptomenkonstellation, wobei das Fehlen retinaler Blutungen die Diagnose nicht ausschließt. Eine gründliche klinische Untersuchung bezüglich weiterer Hinweise auf eine Misshandlung sollte trotz der initial oft dominierenden schweren neurologischen Symptomatik nicht vergessen werden. Dies gilt insbesondere für subtile Hinweise wie leichte Prellungen oder Schürfungen des behaarten Kopfes, Griffmarken an Thorax oder Oberarmen und anderen Prädilektionsstellen einer Kindesmisshandlung.

Zerebrale CT, MRT und Sonografie In der apparativen Diagnostik wird in der Akutbeurteilung aus logistischen Gründen in der Regel die zerebrale CT (cCT) bevorzugt (▶ Kap. 2.3.2). Aufgrund der deutlich höheren Sensitivität sind – immer nach Stabilisierung des Zustandes des Kindes – so bald wie möglich eine MRT und später zur Einschätzung der Folgeschäden eine Kontrolle mittels MRT nach etwa 2–3 Monaten indiziert. Während die Darstellung des kraniozervikalen Übergangs allgemein empfohlen wird, gibt es keine einheitlichen Empfehlungen für den Rest des Spinalkanals (▶ Kap. 3.3.4). Vorsicht ist geboten bei der vorschnellen Bewertung/Unterscheidung subduraler Hämatome unterschiedlicher Dichte im cCT in frische und alte Hämatome. Neuere Untersuchungen zeigen, dass diese gleichzeitig entstanden sein können und durch unterschiedlich dichte Bezirke flüssigen und koagulierten Blutes und auch Liquorbeimengungen entstehen. Auch wenn die Diffusionswichtung und die Beurteilung der Hämoglobindegradation wichtige Informationen geben können, kann auch die MRT nur (teils überlappende) Zeiträume und keine präzisen Zeitpunkte bzw. Altersangaben intrazerebraler Verletzungen angeben: hyperakut (cCT < 3 h, MRT < 24 h), akut (cCT < 10 Tage, MRT < 3 Tage), subakut (cCT 2–3 Wochen, MRT < 2 Monate), chronisch (darüber) (Adamsbaum 2014, Sieswerda-Hoogendoorn 2014). Die konventionelle zerebrale Sonografie durch die offene Fontanelle weist aufgrund des Sektorschallkopfes Beschränkungen bei der Darstellung lateral und hoch gelegener subduraler Hämatome auf und stößt zudem aufgrund der typischerweise gering ausgeprägten Hämatome an Grenzen der Darstellbarkeit. Dennoch kann hierdurch eine erste Orientierung erfolgen, ergänzt durch laterale transkranielle Schnittführungen. Ein sonografischer Ausschluss der oft subtilen subduralen Hämatome ist jedoch obsolet. Eine größere Bedeutung hat die zerebrale Dopplersonografie, um einen etwaigen Hirndruck in Schweregrad und Verlauf zu beurteilen.

Fundoskopie Die retinalen Blutungen sollten aufgrund der erheblich höheren diagnostischen Sicherheit vorzugsweise von einem Augenarzt durch eine indirekte Fundoskopie der dilatierten Pupillen dokumentiert werden. In Fällen, in denen Bedenken wegen der dadurch eingeschränkten neurologischen Überwachung bestehen, kann dem durch kurzwirksame Mydriatika oder eine zweizeitige Untersuchung beider Augen Rechnung getragen werden.

Lumbalpunktion Die klinische Symptomatik eines Schütteltraumas führt nicht selten zunächst zum Verdacht auf eine Sepsis oder eine Meningitis und dementsprechend zur Durchführung einer Lumbalpunktion. Dabei lässt sich häufig blutiger Liquor nachweisen. Aus einer zytologischen Blutungsalterbestimmung (Nachweis von Makrophagen frühestens nach 12–18 Stunden, Hämosiderin nach 4 Tagen) lassen sich dann unter Umständen zeitliche Eingrenzungen treffen. Bei (möglichem) Vorliegen eines Hirnödems ist die Lumbalpunktion als diagnostische Methode kontraindiziert, da es dadurch, wenn auch selten, zur Einklemmung des Gehirns in das Foramen magnum kommen kann.

Weitere Diagnostik Grundsätzlich sollte bei jedem Verdacht auf eine nichtakzidentelle Kopfverletzung, wie auch auf eine Misshandlung generell, bei Kindern unter 2–3 Jahren ein Röntgen-Skelettscreening (▶ Kap. 2.3.2) durchgeführt und klinisch immer sorgfältig nach weiteren misshandlungstypischen Begleitverletzungen gesucht werden.

Labor- und Funktionsuntersuchungen Labor- und Funktionsuntersuchungen haben einen begrenzten Stellenwert bei der Diagnostik des Schütteltraumas und dienen neben dem Ausschluss einer Gerinnungsstörung eher der Einschätzung der Schwere des Blutverlustes (Blutbild) bzw. dem Screening auf abdominelle Begleitverletzungen (Transaminasen, Lipase) (▶ Übersicht). Da es im Rahmen einer schweren Hirnschädigung zu einer sekundären disseminierten intravasalen Gerinnungsstörung kommen kann, sollten auch Fibrinogen, AT III und die D-Dimere bestimmt werden. Auch wenn es klinisch selten in Frage kommt, sollte aus forensischen Gründen eine Glutarazidurie (▶ Kap. 3.5.2) durch die Untersuchung des Urins auf organische Säuren ausgeschlossen werden. Der Einsatz biochemischer Marker ist bislang noch nicht als verlässlicher Parameter etabliert (▶ Kap. 3.7.10).

Diagnostik bei V. a. Schütteltrauma

- Kernspintomografie (MRT) des Gehirns und kraniozervikalen Übergangs; spinales MRT erwägen
- Kraniale Computertomografie (cCT), meist als Primärdiagnostik
- Fundoskopie (Darstellung des Augenhintergrundes)
- Konventionelle Schädelsonografie (als alleinige Ausschlussdiagnostik obsolet!), insbesondere für Verlaufskontrollen und bei wachsendem Kopfumfang
- Farbkodierte Dopplersonografie des Gehirns
- Röntgen-Skelettscreening
- Urin (Status, organische Säuren, Drogenscreening)
- Labor: BB, GOT, GPT, Amylase, Lipase, Quick, PTT, von Willebrand-Ag und Cofaktor, Fibrinogen, AT III, D-Dimere, PFA 100, (Faktor XIII)
- Keine diagnostische Lumbalpunktion! (Falls erfolgt, z. B. bei primärem Verdacht auf Sepsis, Meningitis oder Enzephalitis: zytologische Blutungsalterbestimmung)

3.5 Differenzialdiagnose retinaler Blutungen und subduraler Hämatome

Sowohl bei retinalen Blutungen als auch bei subduralen Hämatomen sind hinsichtlich der Entstehung und aus forensischen Gründen differenzialdiagnostische Überlegungen anzustellen. Im Einzelfall sind Unfälle oder präexistente Erkrankungen auszuschließen. Zudem sollte bereits im Vorfeld mit etwaigen späteren juristischen Einwänden gerechnet werden, es könne sich auch um eine natürliche Erkrankung handeln.

3.5.1 Retinale Blutungen

Geringfügige petechiale retinale Blutungen werden in seltenen Ausnahmefällen bei banalen **Unfällen** gefunden, kommen aber ansonsten auch bei schweren Unfällen nur selten vor. Weitere, in der Regel gut abgrenzbare und insgesamt selten auftretende Differenzialdiagnosen sind u. a.:

- Gerinnungsstörungen (die sich allerdings nahezu niemals isoliert am Auge manifestieren),
- weitere hämatologische Erkrankungen (Hermansky-Pudlak Syndrom, Protein-C-Mangel, Fibrinogenmangel)
- Stoffwechselerkrankungen (Glutarazidurie, Methylmalonazidurie mit Homozystinurie, angeborene Glykosylierungsstörung (CDG Typ 1A)),
- vaskuläre Erkrankungen (fibromuskuläre Dysplasie, AV-Malformationen des Spinalkanals oder Gehirns, zerebrale Aneurysmen),
- Leukämien,
- Osteogenesis imperfecta,
- Hydrozephalus externus (Kasuistik),
- Kohlenmonoxid-Vergiftungen,
- hypertensive Krisen,
- schwere Meningitiden und Enzephalitiden, CMV-Retinitis.

26% aller Neugeborenen (21–40%) weisen geburtstraumatische retinale Blutungen nach Spontanpartus auf, signifikant gehäuft bei Vakuum oder Forzepsgeburten. In der Regel sind sie eher von leichterem Charakter, bilateral (in 22–48% einseitig) und meist am hinteren Pol gelegen. Die Resorption erfolgt überwiegend nach 1–2 Wochen, in 97% bis 42 Tagen, ein Fall mit 58 Tagen ist beschrieben. Seltene metabolische oder andere Erkrankungen, wie Glutarazidurie Typ I, Galaktosämie, Skorbut oder Osteogenesis imperfecta, haben in der Regel weitere hinweisende Symptome. Bei **kardiopulmonalen Reanimationen** (CPR) wurden Einzelfälle retinaler Blutungen beschrieben, wobei überwiegend der Verdacht bestand, dass sie bereits vor der CPR vorgelegen haben könnten. In der Regel ist der Charakter aller dieser Blutungen jedoch leichter und von eher petechialer Morphologie als die meist ausgeprägten und schwerwiegenden retinalen Blutungen, wie sie beim Schütteltrauma-Syndrom auftreten. Vereinzelt wurden ausgeprägtere Blutungen postnatal nach Vakuumextraktionen beschrieben, retinale Falten und Retinoschisis in Einzelfällen massiver Trümmerverletzungen des Kopfes.

Zerebrale Krampfanfälle und Reanimationen führen nicht zu retinalen Blutungen.

3.5.2 Subdurale Hämatome

Subdurale Hämatome entstehen nahezu ausschließlich traumatisch und werden demzufolge auch bei Unfällen gefunden, dann jedoch zumeist ohne begleitende retinale Blutungen. Differenzialdiagnostisch sind v. a. die im Folgenden aufgeführten Ursachen bzw. Krankheitsbilder zu bedenken.

Banale Stürze Banale Stürze aus geringen Höhen führen nicht zu gravierenden Verletzungen. Aus einer Sturzhöhe bis etwa 1,5 m kommt es gelegentlich zu unkomplizierten linearen parietalen Schädelfrakturen. Nur sehr selten treten dabei intrakranielle Blutungen auf, die dann zumeist glimpflich verlaufen und nicht von retinalen Blutungen, diffusen Hirnparenchymschäden und neurologischen Folgeschäden begleitet sind.

Eine Metaanalyse von 25 Studien mit 4.754 beobachteten »echten« Unfallstürzen wies bei den 2.852 Stürzen aus einer Höhe von weniger als einem Stockwerk nur in 2,5% unkomplizierte Schädelfrakturen auf und < 1% leichtere intrakranielle Blutungen ohne Netzhautblutungen und ohne neurologische Folgeschäden (Alexander et al. 2001).

Geburtstraumatische intrakranielle Blutungen Geburtstraumatische Blutungen sind selten schwerwiegend oder therapiebedürftig, dann in der Regel mit einem entsprechenden Geburtsverlauf korreliert. Geburtstraumatische subdurale Hämatome bilden sich in den ersten vier Wochen nach der Geburt vollständig zurück.

Rupturierte Hirngefäßaneurysmen Hirngefäßaneurysmen finden sich, im Gegensatz zu Erwachsenen, bei Kindern sehr selten, und ihre Ruptur ist in der Regel nicht mit retinalen Blutungen assoziiert.

Störungen der Blutgerinnung Gerinnungsstörungen äußern sich selten monosymptomatisch durch Hirnblutungen und lassen sich durch eine entsprechende Labordiagnostik in der Regel unproblematisch ausschließen. Eine Ausnahme bildet der sehr seltene Faktor-XIII-Mangel (< 1 : 1 Mio) mit unauffälligen globalen Gerinnungstests. Die Spätform der neonatalen Vitamin-K-Mangel-Blutung kann zu schweren intrakraniellen Blutungen bei verlängertem Quickwert und promptem Ansprechen auf i.v.-Gabe von Vitamin K (Koller Test) führen. Bei misshandlungsbedingten Kopfverletzungen finden sich häufig sekundäre PTT-Verlängerungen, deren Ausmaß mit der Schwere der Kopfverletzung und einer ungünstigen Prognose korreliert.

Herpesvirusenzephalitis Eine Herpesvirusenzephalitis kann zu subduralen Hämatomen führen, ist anhand des klinischen Verlaufes jedoch in der Regel gut differenzierbar.

Glutarazidurie Typ I Auch eine Glutarazidurie Typ I kann – eher bei älteren Säuglingen und Kleinkindern zwischen 6 und 18 Monaten – zu einer krisenhaften neurologischen Manifestation mit subduralen Hämatomen und retinalen Blutungen führen. Letztere sind jedoch geringer ausgeprägt und nicht mit einer Glaskörperbeteiligung oder einer Retinoschisis assoziiert. Typische MRT-Befunde (frontotemporale Atrophie mit Erweiterung des Subarachnoidalraumes, subependymale Pseudozysten, akute Schäden der Basalganglien), ein vorangehender Makrozephalus und im Zweifelsfall die Untersuchung der organischen Säuren im Urin erlauben die Abgrenzung gegen nichtakzidentelle Kopfverletzungen. Nach neueren Arbeiten wird beschrieben, dass es einzelne Kinder gibt, die die im Urin zu messende auffällige 3-Hydroxyglutarsäure in so geringem Ausmaße ausscheiden, dass die Diagnose fälschlicherweise nicht gestellt wird (Low excretor Phänotyp). Diese Kinder haben jedoch ebenso das Risiko, die schwere neurologische Erkrankung mit permanenter Bewegungsstörung im Alter zwischen 3 und 36 Monaten zu entwickeln. Aus diesem Grund wird empfohlen, bei entsprechendem Verdacht eine Mutationsanalytik des GCDH-Gens und die GCDH-Enzymanalytik zu veranlassen.

Für spekulative Erklärungen wie **Impfungen** oder **Vitamin-C-Mangel** als Verursacher der typischen Konstellation einer misshandlungsbedingten

Kopfverletzung gibt es keinerlei wissenschaftliche Belege.

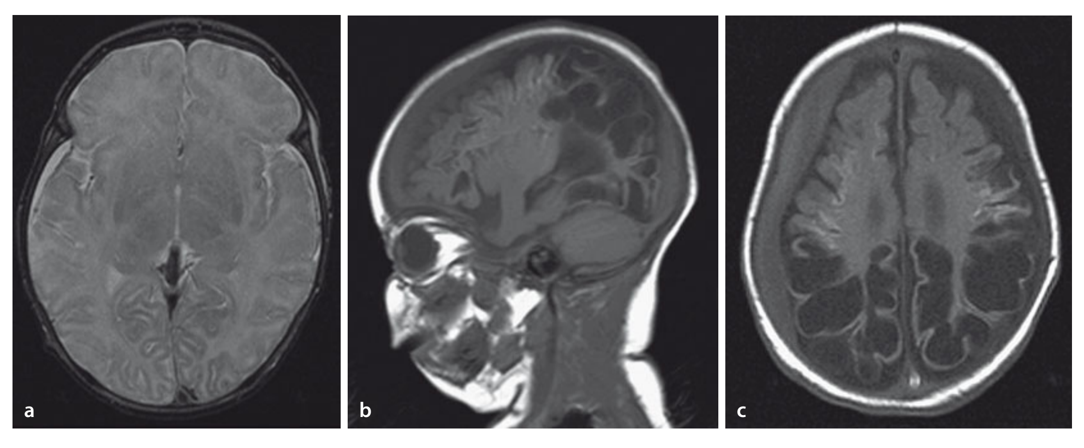
3.6 Prognose der Hirnschädigung beim Schütteltrauma

Aus der in ▶ Abschn. 3.3.2 beschriebenen diffusen Parenchymschädigung, die wie die ischämischen Schäden sowohl lokal als auch generalisiert auftreten kann, und den Folgen erhöhten Hirndrucks durch ein Hirnödem resultieren die schweren neurologischen Folgen nichtakzidenteller Kopfverletzungen. Diese äußern sich in Form von oft gravierenden Entwicklungsstörungen, schweren Seh-, Hör- und Sprachausfällen bis hin zu bleibenden Behinderungen oder Tod.

Aus den genannten Gründen ist das Schütteltrauma-Syndrom die schwerste Form der Kindesmisshandlung mit einer Mortalität von 8–25%. Einen Säugling zu schütteln, stellt somit ein potenziell lebensgefährliches Ereignis dar und ist in den USA im 2. Lebenshalbjahr die häufigste Todesursache bei Kindern.

Eine Vielzahl von Studien beschreibt übereinstimmend, dass über $^{2}/_{3}$ der Überlebenden unterschiedlich schwere neurologische Folgeschäden erleiden, deren gesamtes Ausmaß sich oft erst im Lauf von Monaten bis Jahren vollständig überblicken lässt. Nur ein knappes Drittel haben leichte oder keine Einschränkungen. Etwa 65% haben Einschränkungen des Sehvermögens. In einer großen kanadischen Studie zeigten nur 7% der Überlebenden einen normalen neurologischen Outcome. Diese Schäden sind vergesellschaftet mit Hirnatrophien, subduralen Hygromen, Mikrozephalien, multizystischen Enzephalopathien (◘ Abb. 3.5a–c), Porenzephalie, zerebralen Anfallsleiden, mentaler Retardierung oder infantiler Zerebralparese.

Auch nach zunächst symptomarmen Frühverlauf sind noch nach Jahren Spätfolgen in Form von Verhaltensstörungen, kognitiven Defiziten, Wahrnehmungsstörungen, Spätepilepsien und weitere Folgeschäden beschrieben. Für die oft schlechte Prognose bezüglich des Visus sind weniger lokale Schäden der Retina oder des Glaskörpers verantwortlich, sondern hauptsächlich die beschriebenen neuronalen Schäden durch diffuse axonale oder ischämische Schäden in der Sehbahn und Sehrinde und eine zusätzlich oft zu beobachtende Optikusatrophie. Erschwerend kommt hinzu, dass es sich in einem vermutlich signifikanten Teil der Fälle (Schätzungen gehen bis 50%) um repetitive Traumata handelt, ohne dass die Symptomatik zu einer klinischen Behandlung geführt hätte bzw., wenn doch, fehldiagnostiziert wurde. Da es nicht selten nach traumatischen Hirnschäden zu einem transienten oder permanenten Hypopituitarismus kommen kann, sollte zumindest im ersten Jahr ein routinemäßiges Screening diesbezüglich erfolgen. **Subdurale Hygrome** können sich protrahiert durch



◘ **Abb. 3.5a–c** 2 Monate alter Säugling, klinisch Apathie, retinale Blutungen. **a** Im MRT anfangs leichte subdurale Blutung. **b, c** Nach 6 Wochen zystische Leukomalazie und chronisches subdurales Hämatom; klinisch schweres Residualsyndrom

Lyse eines subduralen Hämatoms entwickeln. Alternativ ist auch eine akute Genese durch Einriss der Arachnoidea und subduralen Liquoreintritt beschrieben. Chronische subdurale Hämatome sind seltener und werden als Folge von Neovaskularisierungen und spontanen Mikroblutungen bei subduralen Hygromen interpretiert. Somit kann beides posttraumatisch auftreten, eine Entstehung dieser chronischen Befunde als Folge einer Misshandlung ist daher möglich, eine eindeutige retrospektive Zuordnung jedoch schwierig (Wittschieber et al. 2014). Auf eine seltene Form der misshandlungsbedingten Kopfverletzung, das sog. **Tin-Ear-Syndrom** sei besonders hingewiesen.

Definition

Beim sog. Tin-Ear-Syndrom wird der Kopf des Kindes durch eine heftige Ohrfeige in rotierende Akzeleration versetzt. Klinische Befunde umfassen ein isoliertes Hämatom des Ohres, ein ipsilaterales subdurales Hämatom, retinale Blutungen und ein Hirnödem bzw. eine diffuse axonale Schädigung analog dem Schütteltrauma-Syndrom. Vier Kasuistiken sind dazu veröffentlicht, alle mit letalem Ausgang.

3.7 Kontroversen, Pseudokontroversen, offene Fragen

Bestimmte Aspekte nichtakzidenteller Kopfverletzungen werden kontrovers diskutiert, oft im Rahmen von Strafprozessen. Dies hat zu einer Verunsicherung von medizinischen Laien und Juristen geführt. Von einzelnen Wissenschaftlern ist nicht nur der diagnostische Wert einzelner Befunde in Frage gestellt worden, sondern auch das Konzept des Schütteltraumas als solches. Daher ist die sachliche Diskussion möglicher Einwände und Beschränkungen der Grundlagen des Schütteltraumas von großer Bedeutung, um falsch-positive wie falsch-negative Diagnosen, jeweils mit potenziell verheerenden Konsequenzen, zu vermeiden. Fatalerweise lassen manche der vordergründig wissenschaftlichen Einwände bisweilen den Eindruck aufkommen, dass sie das Phänomen der Gewaltanwendung von Erwachsenen an Kindern grundsätzlich in Frage stellen.

3.7.1 Wie gesichert ist das Konzept des Schütteltrauma-Syndroms?

Das Grundproblem der Diskussion um kontroverse Aspekte besteht darin, dass immer wieder einzelne Elemente der Definition herausgegriffen werden, die fälschlich als pathognomonisch interpretiert werden (v. a. retinale Blutungen!). Dann werden mögliche Differenzialdiagnosen herangezogen, um damit das gesamte Konzept misshandlungsbedingter Kopfverletzungen scheinbar zu widerlegen.

Ein grundsätzliches Problem liegt darin begründet, dass es praktisch keine im klassischen Sinne evidenzbasierten Erkenntnisse über das Schütteltrauma gibt. Experimente am Menschen sind nicht durchführbar. Ergebnisse von Tierversuchen sind nur bedingt auf den Menschen übertragbar, und Versuche mit Babypuppen-Modellen können die komplexen Verhältnisse im kindlichen Gehirn kaum nachahmen. So lässt sich die im Gerichtssaal häufig gestellte Frage, wie kräftig und wie lange geschüttelt worden ist, derzeit nicht verlässlich beantworten. Dennoch gibt es einen weitgehenden fachlichen Konsens über das oben beschriebene Konzept des Schütteltrauma-Syndroms.

3.7.2 Widerlegt die »Unified Hypothesis« von Geddes das Schütteltrauma-Syndrom?

Die von der britischen Neuropathologin Geddes vertretene sog. »unified Hypothesis« stützt sich zunächst auf die von ihr maßgeblich mitentwickelte Apnoehypothese. Sie schloss später jedoch aus der konsekutiven Hypoxie, Hirnödem und erhöhtem Hirndruck auf eine intradurale und retinale Blutleckage durch hypoxische Gefäßschädigung und vermutete, dass keine signifikante Gewalteinwirkung, wie beim Schütteltrauma-Syndrom beschrieben, erforderlich sei. In einer sorgfältigen Analyse wurde von verschiedenen Autoren jedoch gezeigt, dass die Schlussfolgerungen nicht in Einklang mit ihren eigenen präsentierten Daten stehen und unklar bleibt, warum die Vielzahl aus anderen Gründen zerebral hypoxischer Kinder keine subduralen und retinalen Blutungen aufweisen (Punt et al. 2004). Nachdem Geddes 2004 noch die Existenz

des Schütteltrauma-Syndroms überhaupt in Frage gestellt hatte, musste sie 2005 vor dem britischen Supreme Court ihre eigenen Thesen weitgehend widerrufen.

3.7.3 Kann die Diagnose eines Schütteltraumas überhaupt gestellt werden?

Da Schütteln einen zwar plausiblen, aber nahezu nie beobachteten Mechanismus einer misshandlungsbedingten Kopf- bzw. Gehirnverletzung darstellt, wird international der Begriff »Abusive Head Trauma« mittlerweile bevorzugt. Die syndromale Diagnose einer nichtakzidentellen Kopfverletzung beruht auf der (fehlenden oder inadäquaten) Anamnese, klinischen, radiologischen und ophthalmologischen Hinweisen, bisweilen ergänzt von weiteren klinischen Hinweisen auf eine Misshandlung und einer psychosozialen Problemkonstellation der Familie. Schon die einzelnen Elemente (subdurales Hämatom, retinale Blutung, traumatische Hirnverletzung – jeweils ohne plausible Erklärung) sind an sich verdächtig. Die zunehmende Kombination mehrerer Elemente lässt nach Ausschluss der entsprechenden Differenzialdiagnosen jedoch mit zunehmender Sicherheit die Diagnose eines Schütteltraumas als typische syndromale Diagnose stellen (▶ Kap. 3.2.3).

3.7.4 Gibt es ein symptomfreies Intervall nach einem signifikanten Schütteltrauma?

Von forensisch herausragender Bedeutung ist die Folgerung aus der beschriebenen Pathogenese, dass ein manifestes Schütteltrauma aufgrund der diffusen Hirnschädigung **kein freies bzw. luzides Intervall** der klinischen Symptomatik aufweisen kann, wie es bei dem alleinigen Auftreten epiduraler oder massen- und druckwirksamer subduraler Hämatome bei Erwachsenen beschrieben ist. Bestätigt wird dies ebenso wie das häufige Auftreten der weiter oben beschriebenen Apnoe durch Befragungen geständiger Täter. Dies ist von erheblichem Belang bei der zeitlichen Zuordnung der klinischen Symptomatik und etwaig dafür verantwortlicher Betreuungspersonen.

3.7.5 Führen Stürze aus geringer Höhe zu tödlichen Kopfverletzungen?

Die Seltenheit schwerwiegender Verletzungen wurde bereits anhand der erwähnten Metaanalyse von nahezu 5.000 Unfallstürzen belegt. Dabei kam es zu 23 Todesfällen bei 1.902 Stürzen aus einer Höhe von mehr als einem Stockwerk, 18 davon aus mehr als 3 Stockwerken (Alexander et al. 2001). Dennoch werden einfache Stürze aus geringer Höhe immer wieder als Erklärung für komplexe, lebensbedrohliche oder gar tödliche Verletzungen herangezogen, so in einer retrospektiven Auswertung von Spielplatzunfällen durch Plunkett (2001). Das oben beschriebene Konzept der Pathophysiologie des Schütteltraumas wird dadurch jedoch nicht in Frage gestellt, da es sich in Plunketts Studie um sehr seltene Ereignisse mit plausiblem, meist beobachtetem Unfallhergang handelte. Zudem waren keine Säuglinge betroffen, die die hauptsächlich betroffene Altersgruppe der misshandlungsbedingten Kopfverletzungen ausmachen. In der Studie waren einzelne, sehr seltene letale Verläufe bei Stürzen aus geringen Höhen nahezu ausschließlich auf ein epidurales Hämatom zurückzuführen. Die Verwechslung mit einem Schütteltrauma ist in diesen Fällen somit bei sorgfältiger Diagnostik ausgeschlossen. Dennoch kann auch bei einem epiduralen Hämatom eine Misshandlung vorliegen.

3.7.6 Wissen Erwachsene, was sie tun, wenn sie ein Baby schütteln?

Der gerade in deutschen Gerichtsprozessen häufig angeführten Meinung, Eltern seien aufgrund der Unkenntnis des Schütteltrauma-Syndroms nicht verantwortlich für die Tat, muss die anfangs zitierte Einschätzung der American Academy (▶ Kap. 3.2.6) entgegengehalten werden, dass aufgrund der Schwere des Schüttelns auch Laien das potenziell Lebensgefährliche dieser Handlungen durchaus bewusst ist. Auch die bereits angeführten Studien geständiger Täter stützen diese Einschätzung. Auf den Einwand,

das Schütteln sei erst als Maßnahme bei der Reanimation erfolgt, wurde bereits eingegangen.

3.7.7 Können Re-Blutungen eine nichtakzidentelle Kopfverletzung imitieren?

Besonders in spektakulären US-amerikanischen Strafprozessen wurde durch fragwürdige Gutachten als Erklärung schwerer und tödlicher nichtakzidenteller Kopfverletzungen die sog. »Re-Blutungs-Hypothese« postuliert. Sie besagt, dass es bei präexistierenden chronischen subduralen Hämatomen oder Hygromen mit erweitertem Subduralraum zum Einriss vulnerabler Neovaskularisierungen durch banale Traumata kommen könne. Auch wenn rezidivierende Mikroblutungen bei subduralen Hygromen vorkommen können, so sind sie in diesen Fällen venokapillär, von geringem Blutungsvolumen und führen weder zu einer klinischen Symptomatik wie beim Schütteltrauma oder einem Hirnödem, noch zu diffusen axonalen Schädigungen oder retinalen Blutungen.

3.7.8 Ist ein Aufprall/Anprall (»Impact«) des Schädels immer erforderlich, um die Konstellation eines Schütteltrauma-Syndroms zu erzeugen?

Tierexperimentelle Arbeiten, Versuche an Puppenmodellen und Autopsieberichte über oft subtile Skalpverletzungen hatten vorübergehend zu der Vermutung geführt, dass obligat ein zusätzlicher Anprall des Schädels hinzukommen müsse, um die Schwere der Verletzungen zu erklären. Es wurde postuliert, dass Schütteln allein nicht die traumatischen Schwellenwerte für die beschriebenen schweren Schäden erreiche (Duhaime et al. 1987, Geddes et al. 2001). Dieses begrifflich als **Shaken-Impact-Syndrom** bezeichnete Phänomen verschlimmert die Folgen des reinen Schüttelns, da zusätzliche Dezelerationskräfte auf das Gehirn einwirken. Neuere Arbeiten haben die methodischen Probleme sowohl der Übertragbarkeit tierexperimenteller Modelle als auch der Schwäche der benutzten Modelle herausgearbeitet. Mittlerweile herrscht weitgehender Konsens, dass Schütteln allein die oben beschriebenen schweren Auswirkungen nach sich ziehen kann, auch wiederum bestätigt durch Befragungen geständiger Täter.

3.7.9 Beweisen retinale Blutungen ein Schütteltrauma-Syndrom?

Retinale Blutungen sind nicht pathognomonisch für ein Schütteltrauma. Zahlreiche, wenngleich seltene, Differenzialdiagnosen müssen berücksichtigt werden (▶ Kap. 3.5.1). Obwohl immer wieder postuliert, entkräftet dies in keinster Weise das Konzept des Schütteltrauma-Syndroms, bei dem charakteristischerweise (aber nicht obligat!) sehr ausgeprägte, massive retinale Blutungen beobachtet werden. Bei Fehlen einer schwerwiegenden akzidentellen Ursache und nach Ausschluss der entsprechenden Differenzialdiagnosen gelten sie als hochverdächtiger Befund. Allerdings schließt das Fehlen oder einseitige Auftreten retinaler Blutungen ein Schütteltrauma ebenso wenig aus, wie ihr alleiniges Vorliegen ein Schütteltrauma-Syndrom zweifelsfrei beweist.

3.7.10 Ausblick

Der Einsatz biochemischer Marker zum Nachweis einer traumatischen Gehirnschädigung und eine mögliche Korrelation der gemessenen Werte hinsichtlich einer akzidentellen oder misshandlungsbedingten Ätiologie wurden in den letzten Jahren zunehmend untersucht. Trotz bislang nicht eindeutiger Ergebnisse ist v. a. für die neuronenspezifische Enolase im Liquor und das astrogliale Protein S-100 im Serum der Trend zu höheren Werten bei nichtakzidentellen Hirnverletzungen beschrieben (Papa et al. 2013).

3.8 Therapie, Intervention, Prävention

Therapie

Während die akuten therapeutischen Interventionen im Bereich der pädiatrischen, neuropädiatrischen

und gelegentlich neurochirurgischen Intensivmedizin angesiedelt sind, ist für die Dauerbetreuung der oft schwer geschädigten Kinder eine umfassende neuro- und sozialpädiatrische Versorgung, Rehabilitation und Förderung von großer Bedeutung. Diese beinhalten je nach Verlauf krankengymnastische, Seh-, Hör- und allgemeine Frühförderkonzepte, Ergotherapie, Logopädie und Heilpädagogik. Neuere Arbeiten zeigen bei Kindern mit schweren akzidentellen Hirntraumata neben akuten neuroendokrinen Störungen gehäuft auch langfristige Störungen in Form einer Hypophysen-Vorderlappen-Insuffizienz mit Wachstumshormonmangel und Hypogonadismus. Wenngleich bislang nicht gezielt bei misshandlungsbedingten Gehirnverletzungen untersucht, sollte dies bei der Dauerbetreuung berücksichtigt werden.

Intervention

Die Intervention unterscheidet sich zunächst nicht von den allgemeinen Prinzipien der Intervention bei Kindesmisshandlung, die an anderer Stelle beschrieben sind (▶ Kap. 21). Nach gründlicher Anamnese, somatischer Diagnostik und Diagnosesicherung werden, je nach lokalen Ressourcen direkt oder über eine multiprofessionelle Kinderschutzgruppe, gemeinsam mit dem Jugendamt die Risiken und Ressourcen der betroffenen Familie analysiert. Die Entscheidung, ob ein potenziell lebensgefährlich verletztes Kind in der dafür verantwortlichen Umgebung bleiben kann, ist Gegenstand von Kontroversen, ebenso wie die Frage einer Strafanzeige aufgrund der Schwere der erfolgten Verletzung. Die Meinungen hierzu sind oft emotional getönt. Entscheidungen sollten sich strikt am Wohl und Schutz des Kindes orientieren. Die Entscheidung über den Verbleib des Kindes trifft das Familiengericht auf der Grundlage von Informationen durch das Jugendamt.

Prävention

Aufgrund der häufig schlechten Prognose nach einem Schütteltrauma wären präventive Maßnahmen mehr als wünschenswert. Ansätze ergeben sich beispielsweise in Form

- der Etablierung von häuslichen Besuchs- und Beratungsprogrammen für Risikofamilien,
- der pädiatrischen Identifizierung von Schreikindern und ihrer Behandlung in sog. Schreiambulanzen,
- der Integration von aufklärenden Inhalten und Broschüren in das bestehende Vorsorgekonzept sowie auch
- öffentlicher Kampagnen.

Konzepte zu Letzteren liegen aus den USA (www.dontshake.com; www.shakenbaby.com) und der Schweiz vor. Ersten Initiativen auch aus Deutschland, z. B. die Kampagne »Vorsicht zerbrechlich!« des Sozialministeriums Schleswig-Holstein in Kooperation mit dem Deutschen Kinderschutzbund (◘ Abb. 3.6a,b) folgten in vielen Bundesländern Präventionsbroschüren, oft der Landesärztekammern,



◘ **Abb. 3.6 a,b** **a** Öffentliche Kampagne zur Prävention des Schütteltraumas aus den USA. **b** Broschüre (Deckblatt): Öffentliche Kampagne Schleswig Holstein zur Prävention des Schütteltraumas. (Mit freundlicher Genehmigung des Ministeriums für Soziales, Gesundheit, Familie, Jugend u. Senioren Schleswig-Holstein [Abb. in Koop. mit der Nat. Society for the Prevention of Cruelty to Children, NSPCC, UK] und des Deutschen Kinderschutzbundes Schleswig-Holstein, www.kinderschutzbund-sh.de)

einzelner Kliniken und der Techniker Kasse, in Hannover auch wissenschaftlich begleitet (»Schütteln ist lebensgefährlich! Eine Initiative der Medizinischen Hochschule Hannover und der Techniker Krankenkasse« – www.kinderschutz-niedersachsen.de). Neue Konzepte und Aufklärungsfilme sind derzeit in Vorbereitung.

Literatur

Adamsbaum C, Grabar S, Mejean N, Rey-Salmon C (2010) Abusive head trauma: Judicial admissions highlight violent and repetitive shaking. Pediatrics 126: 546–555

Adamsbaum C, Morel B, Ducot B, Antoni G, Rey-Salmon C (2014) Dating the abusive head trauma episode and perpetrator statements: key points for imaging. Pediatr Radiol 44 Suppl 4: 578–88

American Academy of Pediatrics (AAP) (2001) Shaken Baby Syndrome: Rotational Cranial Injuries – Technical Report. Committee on Child Abuse and Neglect. Pediatrics 108: 206–210

American Academy of Pediatrics (AAP) (2009) Christian CW, Block R and the Committee on Child Abuse and Neglect: Abusive Head Trauma in Infants and Children. Policy Statement. Pediatrics 123: 1409–1411. http://pediatrics.aappublications.org/content/123/5/1409

AAP (American Academy of Pediatrics) & Levin AV, Christian CW (2010) The Eye Examination in the Evaluation of Child Abuse. Pediatrics 126: 376–380

Alexander RC, Levitt CJ, Smith WL (2001) Abusive head trauma. In: Reece RM, Ludwig S (eds). Child abuse – Medical diagnosis and management. 2nd ed. Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia Baltimore New York London. S 47–80

Bajanowski T, Neuen-Jacob E, Schubries M, Zweihoff R (2008) Nichtakzidentelles Schädel-Hirn-Trauma und Schütteltrauma. Rechtsmedizin 18: 23–28

Barlow KM, Thomson E, Johnson D, Minns RA (2005) Late neurologic and cognitive sequelae of inflicted traumatic brain injury in infancy. Pediatrics 116: e174–185

Binenbaum G, Mirza-George N, Christian CW, Forbes BJ (2009) Odds of abuse associated with retinal hemorrhages in children suspected of child abuse. Journal of AAPOS 13: 268–72

Binenbaum G, Christian CW, Ichord RN, Ying GS, Simon MA, Romero K, Pollock AN, Forbes BJ (2013) Retinal hemorrhage and brain injury patterns on diffusion-weighted magnetic resonance imaging in children with head trauma. Journal of AAPOS 17: 603–608

Bhardwaj G, Chowdhury V, Jacobs MB et al. (2010) A systematic review of the diagnostic accuracy of ocular signs in pediatric abusive head trauma. Ophthalmology 117: 983–992

Case ME (2008) Inflicted traumatic brain injury in infants and young children. Brain Pathol 18: 571–582

Chadwick DL, Bertocci G, Castillo E, Frasier L, Guenther E, Hansen K, Herman B, Krous H (2008) Annual risk of death resulting from short falls among young children: Less than l in l million. Pediatrics 121: 1213–1224

Choudhary AK, Ishak R, Zacharia TT, Dias MS (2014) Imaging of spinal injury in abusive head trauma, a retrospective study. Pediatr Radiol 44: 1130–1140

Core Info (August 2014) Systematic Review Neurological Injuries. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/neurological – Abruf 30.09.2015

Core Info (Januar 2015) Systematic Review Retinal Findings. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/retinal – Abruf 30.09.2015

Core Info (November 2014) Systematic Review Spinal Injuries. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/spinal – Abruf 30.09.2015

Debertin AS, Sperhake JP (2008) Untersuchung und Dokumentation des nichtakzidentellen Schädel-Hirn-Traumas im Säuglings- und Kleinkindalter. Rechtsmedizin 18: 17–22

Dias M (2011) The case for shaking. In: Jenny C (ed) Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence. Elsevier Saunders, St.Louis; S 364–372

Duhaime AC, Gennarelli TA, Thibault LE, Bruce DA, Margulies SS, Wiser R (1987) The shaken baby syndrome. A clinical, pathological, and biomechanical study. J Neurosurg 66: 409–415

Feldman KW, Bethel R, Shugerman RP et al. (2001) The cause of infant and toddler subdural hemorrhage: A prospective study. Pediatrics 108: 636–646

Franke I, Pingen A, Schiffmann H et al. (2014) Cardiopulmonary resuscitation (CPR)-related posterior rib fractures in neonates and infants following recommended changes in CPR techniques. Child Abuse Negl 38: 1267–1274

Geddes JF, Hackshaw AK, Vowles GH, Nichols CD, Whitwell HL (2001) Neuropathology of inflicted head injury in children I. Patterns of brain damage. Brain 124: 1290–1298

Gilliland MGE (1998) Interval duration between injury and severe symptoms in nonaccidental head trauma in infants and young children. J Forens Sci 43: 723–725

Greeley CS (2015) Abusive head trauma: A review of the evidence base. Am J Radiol 204: 967–973

Haseler LJ, Phil M, Arcinue E, Danielsen ER, Bluml S, Ross BD (1997) Evidence from proton magnetic resonance spectroscopy for a metabolic cascade of neuronal damage in Shaken Baby Syndrome. Pediatrics 99: 4–14

Herrmann B, Novak W, Pärtan G, Sperhake J (2008) Nichtakzidentelle Kopfverletzungen und Schütteltrauma-Syndrom. Klinische und pathophysiologische Aspekte. Monatsschr Kinderheilkd 156: 644–653

Hettler J, Greenes DS (2003) Can the initial history predict whether a child with a head injury has been abused? Pediatrics 111: 602–607

Hymel KP, Jenny C, Block RW (2002) Intracranial hemorrhage and rebleeding in suspected victims of abusive head trauma: Addressing the forensic controversies. Child Maltreat 7: 329–348

Hymel KP, Armijo-Garcia V, Foster R et al. (2014) Validation of a Clinical Prediction Rule for Pediatric Abusive Head Trauma. Pediatrics 134: e1537–e1544

Jenny C, Hymel KP, Ritzen A, Reinert SE, Hay TC (1999) Analysis of missed cases of abusive head trauma. JAMA 281: 621–626

Kaulfers A-M D, Backeljauw PF, Reifschneider K et al. (2010) Endocrine dysfunction following traumatic brain injury in children. J Pediatr 157: 894–899

Keenan H, Sege R (2003) Nomenclature, definitions, incidence and demographics of inflicted childhood neurotrauma. In: Reece RM, Nicholson CE (eds) Inflicted childhood neurotrauma. Proceedings of a conference, Bethesda, October 10–11, 2002. American Academy of Pediatrics. pp 3–16

Kemp AM, Rajaram S, Mann M, Tempest V, Farewell D, Gawne-Cain ML, Jaspan T and Maguire S and Welsh Child Protection Systematic Review Group (2009) What neuroimaging should be performed in children in whom inflicted brain injury (iBI) is suspected? A systematic review. Clin Radiol 64: 473–483

Kemp A, Joshi A, Mann M, Tempest V, Liu A, Holden S, Maguire S (2010) What are the clinical and radiological characteristics of spinal injuries from physical abuse: a systematic review. Arch Dis Child 95: 355–360

Kochanek PM, Clark RSB, Ruppel RA, et al. (2000) Biochemical, cellular and molecular mechanisms in the evolution of secondary damage after severe traumatic brain injury in infants and children: lessons learned from the bedside. Pediatr Crit Care Med. 1, 4–19

Küker W, Schöning M, Krägeloh-Mann I, Nägele T (2006) Shaken baby syndrome. Bildgebende Methoden zur Erkennung einer schwerwiegenden Form der Säuglingsmisshandlung. Monatsschr Kinderheilkd 154: 659–668

Levin AV (2010) Retinal hemorrhage in abusive head trauma. Pediatrics 126: 961–970

Maguire S, Pickerd N, Farewell D, Mann M, Tempest V, Kemp AM (2009) Which clinical features distinguish inflicted from non-inflicted brain injury? A systematic review. Arch Dis Child 94: 860-867

Maguire SA, Kemp AM, Lumb RC, Farewell DM (2011) Estimating the Probability of Abusive Head Trauma: A Pooled Analysis. Pediatrics 128: e550–e564

Maguire SA, Watts PO, Shaw AD et al. (2013) Retinal haemorrhages and related findings in abusive and non-abusive head trauma: A systematic review. Eye 27: 28–36

Matschke J, Glatzel M (2008) Neuropathologische Begutachtung des nichtakzidentellen Schädel-Hirn-Traumas bei Säuglingen und Kleinkindern. Rechtsmedizin 18: 29–35

Matschke J, Voss J, Obi N et al. (2009) Nonaccidental head injury is the most common cause of subdural bleeding in infants < 1 year of age. Pediatrics 124: 1587–1594

Matschke J, Herrmann B, Sperhake J, Körber F, Bajanowski T, Glatzel M (2009) Das Schütteltrauma-Syndrom: Eine häufige Form des nicht akzidentellen Schädel-Hirn-Traumas im Säuglings- und Kleinkindesalter. Dtsch Arztebl Int 106: 211–217

Matschke J, Büttner A, Bergmann M et al. (2014) Encephalopathy and death in infants with abusive head trauma is due to hypoxic-ischemic injury following local brain trauma to vital brainstem centers. Int J Legal Med129: 105–114

Minns RA, Brown JK (2005) Neurological perspectives of non-accidental head injury and whiplash/shaken baby syndrome: An overview. In: Minns RA, Brown JK (eds) Shaking and other non-accidental head injuries in children. Clinics in Developmental Medicine No. 162. Cambridge University Press/Mac Keith Press. pp 1–105

Minns RA (2005) Shaken baby syndrome: Theoretical and evidential controversies. J Royal Coll of Phys of Edinburgh 35: 5–15

Narang S, Clarke J (2014) Abusive head trauma: Past, present, and future. J Child Neurol 29: 1747–56

Oehmichen M, Schleiss D, Pedal I et al. (2008) Shaken baby syndrome: re-examination of diffuse axonal injury as cause of death. Acta Neuropathol; 116: 317–29

Papa L, Ramia MN, Kelly JM et al. (2013) Systematic review of clinical research on biomarkers for pediatric traumatic brain injury. J Neurotrauma 30: 324–338

Piteau SJ, Ward MGK, Barrowman NJ, Plint AC (2012) Clinical and radiographic characteristics associated with abusive and nonabusive head trauma: A systematic review. Pediatrics 130: 315–323

Plunkett J (2001) Fatal pediatric head injuries caused by short-distance falls. Am J Forens Med Pathol 22: 1–12

Püschel K, Richter E (2008) Schütteltrauma. Rechtsmedizin 18: 53–55

Punt J, Bonshek RE, Jaspan T et al. (2004) The ›unified hypothesis‹ of Geddes et al. is not supported by the data. Pediatr Rehabil 7: 173–184

Runyan DK (2008) The challenges of assessing the incidence of inflicted traumatic brain injury: A world perspective. Am J Prev Med 34: s112–s115

Sieswerda-Hoogendoorn T, Boos S, Spivack B, Bilo RAC, van Rijn RR (2011) Abusive head trauma part 1: Clinical aspects. Eur J Pediatr 171: 415–23

Sieswerda-Hoogendoorn T, Bilo RAC, van Duurling LLBM, Karst WA et al. (2013) Abusive head trauma in young children in the Netherlands: Evidence for multiple incidents of abuse. Acta Paediatrica 102: e497–501

Sieswerda-Hoogendoorn T, Postema FAM, Verbaan D, Majoie CB, van Rijn RR (2014). Age determination of subdural hematomas with CT and MRI: A systematic review. Eur J Radiol 83: 1257–68

Sperhake J, Herrmann B (2008) Schütteltrauma (nicht akzidentelle Kopfverletzung). Aktuelle Kontroversen. Rechtsmedizin 18: 48–52

Thomsen H, von Klinggräff C, Rudolph J (1998) Forensische Aspekte beim »Schütteltrauma eines Säuglings«. Monatsschr Kinderheilkd 146: 875–878

Thyen U, Gerling I, Heinsohn-Krug M (2004) Intervention bei Schütteltrauma im Säuglingsalter – Konzepte und Kontroversen. In: Oehmichen M, Kaatsch HJ, Bosinski HAG (Hrsg.) Gewalt gegen Frauen und Kinder. Schmidt-Römhild, Lübeck, Research in Legal Medicine 32: S 201–221

Thyen U, Tegtmeyer FK (1991) Das Schütteltrauma des Säuglings – eine besondere Form der Kindesmisshandlung. Monatsschrift Kinderheilkunde 139: 292–296

Vavilala MS, Muangman S, Waitayawinyu P et al. (2007). Impaired cerebral autoregulation in infants and young children early after inflicted pediatric traumatic brain injury: a preliminary report. J. Neurotrauma 24, 87–96

Vinchon M, de Foort-Dhellemmes S, Desurmont M, Delestret I (2010) Confessed abuse versus witnessed accidents in infants: Comparison of clinical, radiological, and ophthalmological data in corroborated cases. Childs Nerv Syst 26: 637–645

Watts P and the Child Maltreatment Guideline Working Party of the and Royal College of Ophthalmologists and the Royal College of Paediatrics and Child Health (2013) Abusive head trauma and the eye in infancy. Eye, available on www.rcpch.ac.uk.

Wittschieber D, Karger B, Niederstadt T, Pfeiffer H, Hahnemann ML (2014) Subdural hygromas in abusive head trauma: Pathogenesis, diagnosis, and forensic implications. Am J Neuroradiol 36: 432–439

Wuerfel nee Tysiak E, Petersen D, Gottschalk S, Gerling I, Gliemroth J, Thyen U (2012) Progression of chronic subdural haematomas in an infant boy after abusive head trauma. Eur J Paediatr Neurol 16: 736–739

Hautbefunde

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_4, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Die Haut als größtes Organ des Körpers ist bei nahezu 90% der misshandelten Kinder betroffen. Hämatome sind dabei die häufigste klinische Manifestation einer Misshandlung.

Für die Beurteilung von Hautbefunden als Indikatoren einer Misshandlung spielen das Verteilungsmuster – **Lokalisation –,** das Erscheinungsbild – **Art** – und das Alter des Kindes und der damit verbundene Grad an Mobilität die größte Rolle. Die früher oft zitierte unterschiedliche zeitliche Zuordnung – **Mehrzeitigkeit** – hat aufgrund der Unzuverlässigkeit der Zuordnung verschiedener Farben zu einem definierten Hämatomalter weitestgehend an Bedeutung verloren. Die gängige Gleichsetzung »multiple Hämatome unterschiedlichen Alters« mit einer Kindesmisshandlung ist aus verschiedenen Gründen nicht (mehr) zulässig. Die Art und die Lokalisation von Hautbefunden lassen dagegen häufiger Rückschlüsse auf die Verursachung zu, insbesondere zur Differenzialdiagnose eines Sturz- oder Schlaggeschehens. Bestimmte Muster, wie Bissverletzungen, sind so charakteristisch, dass allein hieraus der begründete Verdacht auf eine Misshandlung entsteht. Die Verletzungen aus absichtlich beigebrachten thermischen Einwirkungen sind oft schon aufgrund ihrer erheblichen Schmerzhaftigkeit besonders schwerwiegend.

Der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung ergibt sich bei multiplen, großen Hämatomen an verschiedenen und ungewöhnlichen Lokalisationen, bei Hämatomen mit charakteristischer Formung sowie bei Hämatomen bei prämobilen Säuglingen (Tab. 4.1).
Für thermische Einwirkungen gilt dies bei Immersions(Eintauch)-Verbrühungen, ungewöhnlichen Lokalisationen und geformten Kontaktverbrennungen (Tab. 4.2). Zu berücksichtigen sind insbesondere das Alter, der Entwicklungsstand und der Grad an unabhängiger Mobilität des Kindes. Für Kinder mit Behinderungen und eingeschränkter Bewegung sind je nach Art der Einschränkungen und dem möglichen Ausmaß an eigenständiger Mobilität Besonderheiten der Hämatomverteilung und Muster zu beachten.

Tab. 4.1 Misshandlungsverdächtige Hämatome

Alter/Mobilität	Hämatome bei prämobilen Säuglingen
Art	Gehäuft große Hämatome (außer untere Extremität anterior)
Lokalisation	Hämatome abseits knöcherner Prominenzen Hämatome an Gesicht, Ohren, Hals, Rücken, Abdomen, Armen, Händen, Füßen, Gesäß
Formung/ Ausmaß	Multiple Hämatome in Clustern (außer untere Extremität anterior) Multiple Hämatome gleichartiger Formung Einzelhämatome mit Abdruckmuster Hämatome mit Petechien

Tab. 4.2 Misshandlungsverdächtige thermische Verletzungen

Charakter	Immersionsverbrühungen (Handschuh-, Strumpfmuster) Spezifische, geometrisch geformte Verbrennungsmuster
Lokalisation	Hände, Füße oder Anogenitalregion

4.1 Hämatome

Definition

Hautein- oder -unterblutungen – egal welchen Alters und welcher Ausprägung – sind Folge einer stumpfen Gewalteinwirkung. Diese Form der Gewalteinwirkung ist die im Rahmen einer physischen Kindesmisshandlung häufigste Misshandlungsform. Entsprechend sind Hämatome häufig ein erstes und sichtbarstes Symptom einer Misshandlung. Bisweilen ist die vollständige Ausprägung eines Hämatoms erst 1–2 Tage nach der Gewalteinwirkung sichtbar. Kommt eine tangentiale Komponente bei der Gewalteinwirkung hinzu oder eine raue Oberfläche des einwirkenden Gegenstandes, können diese Hämatome zusätzlich mit Hautabschürfungen verbunden sein.

Zahlreiche unterschiedliche stumpfe Gewalteinwirkungen führen zu Hämatomen. Diese sind in Tab. 4.3 zusammengefasst.

Welches Ausmaß ein Hämatom annimmt, hängt von zahlreichen Faktoren ab, die sich häufig gegenseitig bedingen und mit der Form der Gewalteinwirkung zusammenhängen (► Übersicht).

Tab. 4.3 Formen stumpfer Gewalteinwirkung und ihre Folgen. (Mod. n. Banaschak u. Madea 2007)

Art der Gewalteinwirkung	Mögliche resultierende Verletzungen
Ziehen am Ohr	Einrisse der Ohrläppchen
Ziehen an den Haaren	Haarausrisse, kahle Stellen (Alopezie), Scalping (► Kap. 4.1.4.)
Schläge auf den Kopf	Hämatome, Platzwunden, Narben
Beißen	Zahnabdruckkonturen, ovale oder halbmondförmige Hämatome (Quetschverletzung)
Kräftiges Zupacken, Greifen	Griffspuren = Hämatome von 0,5–2,5 cm Größe an den Armen oder seitlich am Brustkorb, evtl. gruppiert angeordnet, Daumen an der gegenüberliegenden Seite
Kneifen	Uncharakteristische Hämatome, evtl. Hautabschürfungen durch Fingernägel
Fesselung	Zirkuläre Hautrötungen (Ligaturen), Hautabschürfungen oder Hämatome an den Gelenken
Gewaltsames Füttern	Verletzungen von Lippen, Lippeninnenseiten, Gingiva, Lippen- oder Zungenbändchen, Zähnen oder Mundschleimhaut durch Einstoßen des Löffels oder der Flasche
Schläge mit der flachen Hand	Geformte Hämatome der Wange; Finger können zu charakteristischen Doppelstriemen führen; Ringe können zu zusätzlicher Formung führen; retroaurikuläre Hämatome, Trommelfellrupturen
Schläge mit der Faust	Monokelhämatome, Augenverletzungen, Hämatome der Mundschleimhäute (Lippe innen, knöcherner Kiefer als Widerlager), Zahnfrakturen, Organkontusionen oder -einrisse im Bauchraum ohne äußere Verletzungszeichen
Schläge mit den Fingerknöcheln	Rundliche, nebeneinander liegende Hämatome
Schläge mit einem Stock oder Ähnlichem	Doppelstriemenmuster: parallel angeordnete, feinstreifige Hämatome mit zentraler Abblassung
Schläge mit Schnüren, Seilen, Kabeln	Schlaufenförmige, längsovaläre Abdrücke
Schläge mit anderen Gegenständen (Gürtel, Kleiderbügel, Stuhlbeine etc.)	Flächenhafte, geformte Hämatome, die den Gegenstand abbilden; alle Lokalisationen möglich; typisch im Gesicht, am Gesäß, am Rücken oder als Parierverletzungen der Unterarme
Fußtritte	Profilabdrücke bei beschuhten Füßen; **Cave:** Bauchtritte können ohne äußere Verletzungszeichen zu schweren Verletzungen führen (s. Faustschläge)
Fallenlassen, Kind gegen eine Fläche (Wand) oder einen Gegenstand werfen oder schleudern	Flächenhafte Hämatome besonders über prominenten Knochenabschnitten (z. B. Schulterblatt, Wirbelkörperdornfortsätze, Beckenkamm), Schädelbrüche etc. – vom Verletzungsmuster u. U. schwer von akzidentellem Trauma zu unterscheiden

Faktoren, die die Hämatomausprägung beeinflussen

- Intensität der Gewalteinwirkung
- Verwendung eines Werkzeuges; Schwere und Konfiguration des Werkzeuges
- Lokalisation der Verletzung: Weichteildicke über knöchernen Strukturen
- Alter, vorbestehende Erkrankungen (insbesondere Gerinnungsstörungen)

4.1.1 Epidemiologie und Altersverteilung

Die Häufigkeit und Verteilung von **Hämatomen bei nicht misshandelten Kindern** geben wichtige Aufschlüsse, wie wahrscheinlich im gegebenen Fall eine misshandlungsbedingte Entstehung ist. Unfallbedingte Hämatome sind sehr ungewöhnlich bei prämobilen Säuglingen unter 6 Monaten (»Those who don't cruise, rarely bruise«). In verschiedenen Untersuchungen wurden nur in 2,2% aller prämobilen Kinder (0,6–1,5% unter 6 Monaten und 1,7% unter 9 Monaten) Hämatome gefunden, die meisten davon am Kopf. In keiner Studie wurden dabei mehr als drei Hämatome beschrieben. 4% der sitzenden 6–12 Monate alten, aber 17% der krabbelnden Säuglinge wiesen Hämatome auf. Diese waren zumeist klein (unter 1 cm) und fanden sich über knöchernen Vorsprüngen an der Körpervorderseite – Gesicht, Kopf, Stirn und Schienbeine. Dagegen hatten 18% der Krabbelnden und 52% der Laufenden Hämatome, meist an der Stirn oder an den unteren Extremitäten. Bei über 9 Monate alten Kindern werden in bis zu 17% 5 Hämatome, in 4% 10–14, 1% 15–19 und 0,2% 20 oder mehr Hämatome gefunden. Dabei sind überwiegend die unteren Extremitäten betroffen. Weniger als 2% weisen Hämatome des Thorax, Abdomens, Beckens oder Gesäßes auf und unter 1% solche des Kinns, der Ohren oder des Halses. Alle Studien bei nicht misshandelten Kindern belegen eine starke und direkte Korrelation zwischen dem Alter und insbesondere dem Ausmaß an unabhängiger Mobilität zum Auftreten und zur Häufigkeit von Hämatomen.

4.1.2 Heilungsverlauf, Mehrzeitigkeit, Farbe

Der Versuch, Hämatome bezüglich ihres Entstehungszeitpunktes einzuordnen, nimmt Bezug auf die farblichen Veränderungen, die durch den Abbau des Hämoglobins hervorgerufen werden. Die oft zitierte Mehrzeitigkeit von Hämatomen beruht somit auf der Annahme, das Hämatomalter aufgrund der Farbe festlegen zu können.

> **Für die zeitlich exakte und forensisch zuverlässige Zuordnung des Hämatomalters aufgrund seiner Farbe gibt es nach neueren Daten keine wissenschaftliche Evidenz. Eine pseudogenaue Altersfestlegung sollte in Misshandlungsfällen strikt vermieden werden.**

Die Schichtdicke eines Hämatoms, die Tiefe im Gewebe, in der es lokalisiert ist, und die Art des Gewebes (Fett, Muskeln) beeinflussen das Farbspiel an der Hautoberfläche so wesentlich, dass eine einfache Graduierung mit forensischen Ansprüchen genügender Genauigkeit nicht gelingen kann. Der Farbverlauf ist variabel und abhängig von Tiefe, Lokalisation, Hautfarbe, ethnischer Herkunft, Alter, Durchblutung, Chronizität (schnellere Hämatomresorption bei chronisch misshandelten Kindern) und dem Ausmaß der Verletzungen.

> **Je nach Lokalisation am Körper können unterschiedlich gefärbte Hämatome also durchaus gleichzeitig entstanden sein.**

Aktuelle Untersuchungen kommen zu dem Schluss, dass rote, blaue und violette Hämatome eher in der 1. Woche beobachtet werden, dennoch zu jedem Zeitpunkt, von der Entstehung bis zur Resorption, bestehen können. Die Hämatomfarben gelb, grün, braun werden häufiger nach mehr als 7 Tagen beobachtet, können aber in einem Viertel der Fälle auch schon unter 48 Stunden bestehen. Lediglich gelbe Hämatome wurden nie früher als nach 18–24 Stunden beobachtet. Hämatome desselben Alters können bei derselben Person einen unterschiedlichen Farbton und einen unterschiedlichen Resorptionsverlauf haben und ein Einzelhämatom kann gleichzeitig unterschiedliche Farbtöne aufweisen. Beim Heilungsprozess eines

Hämatoms erscheinen nicht notwendigerweise alle Hämatomfarben. Die Korrektheit und die Übereinstimmung, mit der verschiedene Ärzte das Alter eines identischen Hämatoms festlegen, sind sehr gering, insbesondere bei fotografischen Befunden. Die individuelle Wahrnehmung von Farben, v.a. gelb, ist variabel und nimmt mit zunehmendem Alter ab. Die Reflexions-Spektrophotometrie, eine nicht-invasive Methode Hämoglobin und seine Abbauprodukte zu messen, könnte zukünftig hilfreich für die Altersbestimmung von Hämatomen sein.

4.1.3 Lokalisation, Verteilung, Größe und Häufung

Akzidentelle Hämatome

Bei unfallbedingten Hämatomen im Kindesalter finden sich typische Lokalisationen, die in Abb. 4.1 und der ► Übersicht wiedergegeben werden. Dabei handelt es sich meist um die knöchernen Prominenzen an der Vorderseite des Körpers (»Leading edges«), mit denen Kinder bei Stürzen an Gegenstände oder Flächen stoßen. Der Hinterkopf und das »**faziale T**« (Stirn, Nase, Oberlippe und Kinn) sind zumeist beim Stolpern, Ausrutschen und Hinstürzen (»slips, trips and falls«) betroffen. Am häufigsten finden sich akzidentelle Hämatome an den Knien und den Schienbeinen, dagegen finden sich weniger als 5% unfallbedingter Hämatome im Gesicht oder um die Augenpartie (Abb. 4.2).

Typisch akzidentelle Hämatomlokalisationen (»Leading edges«)
- Stirn
- Schläfe
- Nase, Oberlippe
- Kinn
- Beckenkamm
- Knie
- Schienbeine, Knöchel
- Ellenbogen
- (Dorsale Unterarme)
- (Palmarflächen der Hände)

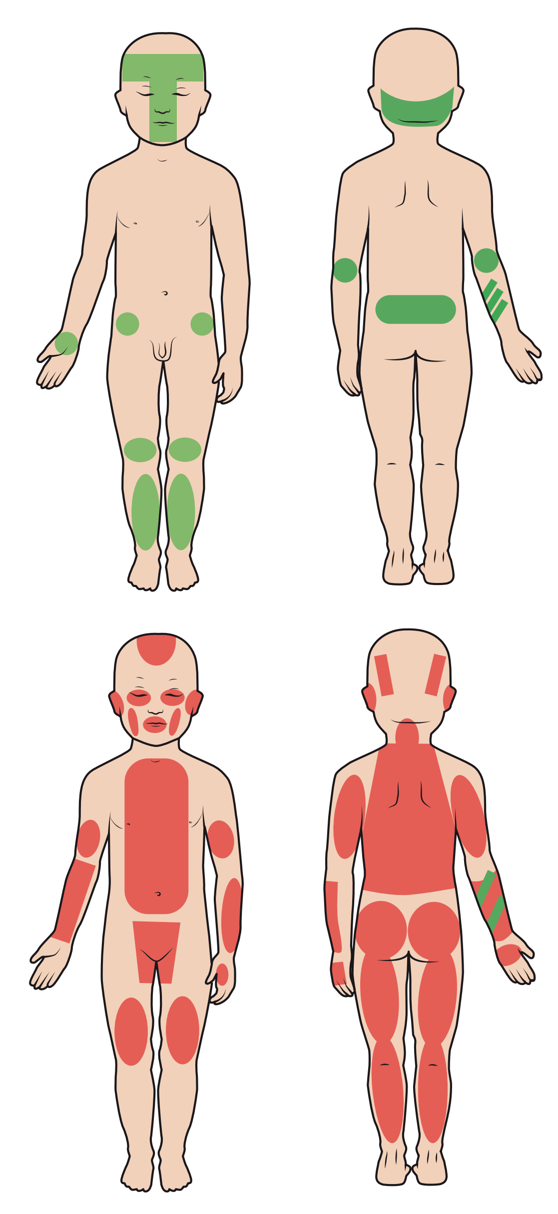


Abb. 4.1 Typische Hämatomverteilung bei Unfällen (grün) und Misshandlungen (rot). (Mod. n. Banaschak u. Madea 2007; aktualisiert nach Maguire u. Mann 2013)

Hämatome bei Misshandlungen

Dagegen sind Hämatome an untypischen und bei akzidentellen Stürzen selten betroffenen Lokalisationen verdächtig auf eine misshandlungsbedingte Genese. Sie finden sich zumeist abseits der knöchernen Vorsprünge (► Übersicht »Typische Hämatomlokalisationen bei Misshandlungen« und Abb. 4.1).



Abb. 4.2 Typische streckseitige akzidentelle Unterschenkelhämatome



Abb. 4.3 Multiple, große Oberschenkelhämatome durch eine Misshandlung



Abb. 4.4 Gesäß als klassische Lokalisation für Schläge

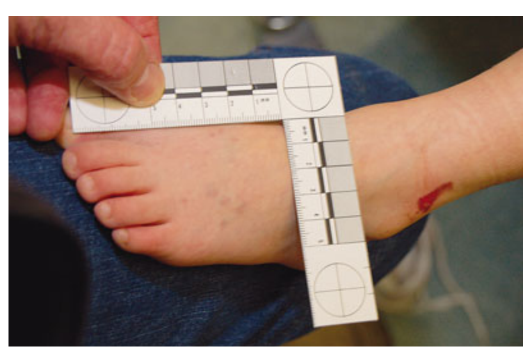


Abb. 4.5 Hämatome des Fußrückens durch Damenschuhabsatz (anamnestisch)

Die bei weitem häufigste Lokalisation ist der Kopf, dabei insbesondere das Gesicht (Ausnahmen s. o.!), die linke Wange und das linke Ohr, gefolgt von Hals, Stamm, Vorderseite der Oberschenkel, Gesäß (Abb. 4.4), Genitalien, Oberarmen und Händen. Eine Studie fand für Hämatome an Stamm, Ohren oder Hals (»TEN – torso, ear, neck«) einen starken prädiktiven Zusammenhang für das Vorliegen einer Misshandlung: Die Sensitivität betrug 97% und die Spezifität 84% (Pierce et al. 2010). Dennoch kann jede Region des Körpers betroffen sein.

Misshandelte Kinder weisen signifikant mehr und größere Hämatome als nichtmisshandelte Kinder auf. Klassischerweise haben misshandelte Kinder multiple, große und gruppierte Hämatome (»Cluster«) (Abb. 4.3) und es treten signifikant häufiger Petechien auf.

In der täglichen Praxis sieht man – vermutlich aufgrund des gestiegenen Problembewusstseins – aber immer häufiger Kinder mit Hämatomen nach einer einzelnen Einwirkung (z. B. typisch geformte Einblutungen an der linken Gesichtsseite nach Ohrfeige durch einen Rechtshänder von vorn) (► Kap. 4.1.4, Abb. 4.7).

Jegliches Hämatom bei einem prämobilen Säugling ist ein starker Hinweis auf eine Misshandlung.

Typische Hämatomlokalisationen bei Misshandlungen

- Ohren (häufiger links)
- Kieferwinkel, Mastoid
- Wangen (häufiger links), Gesicht

- Unterlippe, Frenulum
- Schulter, Oberarme symmetrisch
- Unterarme ventral an der Parierfläche (passive Abwehrverletzung)
- Handrücken
- Thorax
- Abdomen
- Rücken
- Gesäß
- Genitale
- Oberschenkel ventral
- Ober- und Unterschenkel dorsal
- Fußrücken (Abb. 4.5)

Hämatome bei behinderten Kindern (siehe auch ► Kap. 13.4.2)

Während die o. g. Grundsätze für nicht behinderte Kinder gelten, ergibt sich durch neuere Studien für körperlich behinderte Kinder mit Störungen der Motorik ein anderes Bild. Bei ihnen ist zwar ebenfalls das Knie häufig unfallbedingt betroffen, in starkem Kontrast zu den Nichtbehinderten jedoch nicht das Kinn und die Schienbeine. Dagegen zeigten sich akzidentelle Hämatome auch an üblicherweise misshandlungsverdächtigen Orten wie Händen, Füßen, Armen, Hüften, Abdomen und Oberschenkel, teilweise bedingt durch orthopädische Mobilitätshilfen. Unterschenkel, Ohren, Hals, Kinn, Brust und Genitalien waren dagegen bei Unfällen selten betroffen. Bei Kindern mit funktionellen Einschränkungen der Motorik muss individuell Art und Umfang der Bewegungsstörung und damit die Plausibilität eines Unfallhergangs evaluiert werden. Diesbezügliche Kategorien umfassen unabhängig lauffähige Kinder, eingeschränkt Lauffähige und Rollstuhlabhängige. Mit zunehmendem Ausmaß unabhängiger Mobilität steigt wiederum die Zahl der Hämatome und nähert sich in Muster und Verteilung dem der altersgerecht entwickelten Kinder an (Goldberg et al. 2009, Jones et al. 2012).

4.1.4 Art: Muster, Form, Größe

Fast ausschließlich bei misshandelten Kindern finden sich geformte Hämatommuster durch den Ab-




Abb. 4.6a,b Hämatome durch Gegenstände. a Pathognomonische Schlingenabdrücke. (Aus Banaschak u. Madea 2007), **b** Angedeuteter Linealabdruck auf der Wange

druck von Gegenständen, Händen oder (selten) als Profilmuster nach Fußtritten.

Gegenstände

Die verwendeten Gegenstände sind dabei äußerst vielgestaltig und entstammen zumeist dem Haushalt: Stöcke, Seile, Schlingen (Abb. 4.6a), Riemen, Gürtel, Gürtelschnallen, Schuhe, Küchenutensilien, Kleiderbügel, Lineale (Abb. 4.6b) und vieles andere. Es bedarf nicht selten detektivischen Spürsinns und der Hilfe eines Rechtsmediziners, um eine Zuordnung zu treffen.

Hände

Bei dem durchgängig verfügbaren und daher häufig benutzten »Werkzeug« Hände finden sich (partielle) Handabdrücke häufig im Gesicht. Dabei wird typischerweise als Folge einer »Ohrfeige« bei rechtshändigem Täter der Abdruck häufiger an der linken Wange oder Gesichtshälfte gefunden (Abb. 4.7). Weiterhin Kneif- oder Griffmarken, v. a. an den Oberarmen (Abb. 4.8), Faustabdrücke und ge-



Abb. 4.7 Striemenförmige Abdrücke im Gesicht nach Schlag mit der flachen Hand



Abb. 4.8 Typische Lokalisation für Griffmarken an den Oberarmen

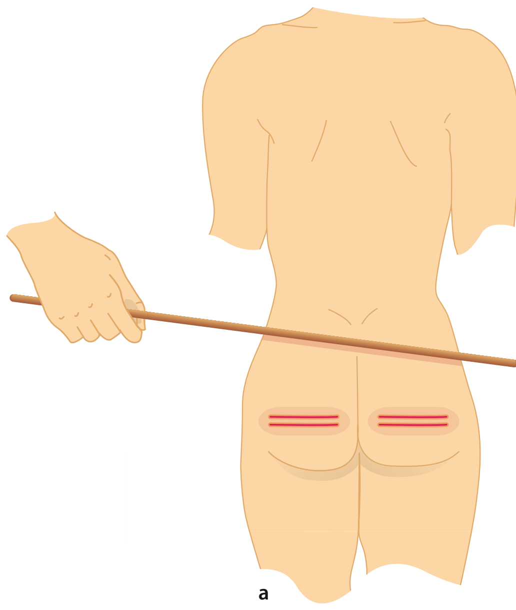
schwollene Ohrmuscheln durch Ohrfeigen oder buchstäbliches »Ohren-lang-Ziehen« (Abb. 6.1, Abb. 6.4 und Abb. 6.5). Bei zuschlagenden Ringträgern können überlagernde Muster hinzukommen. Am Hals finden sich gelegentlich Fingerspuren durch Würgen (Abb. 6.3).

Muster

Schläge mit einem länglichen, gerundeten Gegenstand (Rohrstock) führen zum typischen Doppelstriemenmuster (Abb. 4.9). Durch die zentrale Kompression der Gefäße beim Auftreffen des Gegenstandes auf die Haut wird das Blut seitlich verdrängt, und es kommt zu streifigen Einblutungen im Randbereich, im Sinne einer negativen Abbildung des Schlagwerkzeugs, ähnlich wie bei Handabdrücken (s. oben). Am Gesäß (vertikale Gesäßfaltenhämatome) und an den Ohrmuscheln ist die vorliegende anatomische Struktur ausschlaggebender für das Muster des Hämatoms als der verursachende Gegenstand. Signifikant häufiger als bei Unfällen werden bei Misshandlungen **Petechien** beobachtet, der positiv prädiktive Wert wird mit 80 angegeben (95% Konfidenzintervall 64,1–90). In Abwesenheit von begleitenden Hämatomen und bei entsprechender Lokalisation (Prädilektionsstellen: periokulär, an den Bindehäuten, in der Mundschleimhaut und vor sowie hinter den Ohren) ist dabei an ein Beinaheersticken zu denken. Ligaturen als Folge von Fesselungen der Extremitäten oder im Genitalbereich bei pervertierter Sauberkeitserziehung wurden berichtet. Das **Tourniquet Syndrom** wird sowohl als misshandlungsbedingt wie auch als akzidentell beschrieben (Abb. 4.17).

Bissverletzungen

Besonders charakteristisch im Sinne einer nahezu pathognomonischen Blickdiagnose sind Bissverletzungen. Typischerweise imponieren diese als zwei einander gegenüberliegende halbmond- oder hufeisenförmige Hämatome mit zentraler Aussparung (Abb. 4.10). Gelegentlich sind die Abdrücke so charakteristisch ausgebildet, dass Rückschlüsse auf den Verursacher, z. B. durch Fertigung eines Abdruckes, möglich sind. Hier sollte in diesem Fall ein forensisch erfahrener Zahnarzt hinzugezogen



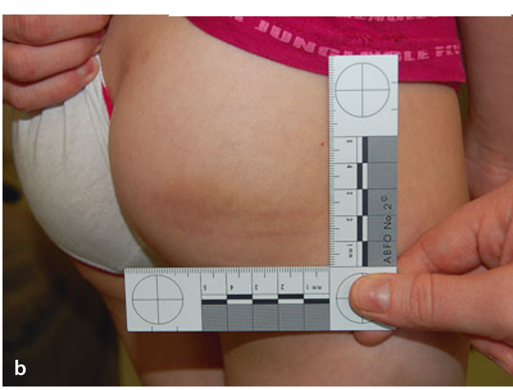


Abb. 4.9a,b **a** Entstehung von Doppelstriemenmustern. (Aus: Banaschak u. Madea 2007) **b** Hämatom nach Stockhieb



Abb. 4.10 Typische Bissverletzungen als Blickdiagnose



Abb. 4.11 Bissverletzungen mit zentralen Petechien durch Saugen

werden. Adressen finden sich auf der Website des Arbeitskreises Forensische Odonto-Stomatologie (www.akfos.org). Oberhautdurchtrennungen oder -abschürfungen können bei Bissen ebenso auftreten wie zentrale Petechien oder Hämatome nach Saugen, im Sinne eines »Knutschflecks« (Abb. 4.11, Abb. 9.32). Bei Letzterem ist eher an eine sexuelle Motivation zu denken. Auch die Lokalisation der Bissverletzung kann diesbezüglich hinweisend sein. Üblicherweise finden sich zugefügte Bissverletzungen an den Armen (29%), Beinen (19%), Schulter (10%), Rücken (8,5%), Gesäß und Gesicht (jeweils 7%).

Bei frischen Bissverletzungen sollte zur Sicherung evtl. vorhandener Fremd-DNA ein Abstrich der Haut mit einem sterilen, angefeuchteten Wattestieltupfer erfolgen. Je nach verwendetem Abstrichsystem sind die Tupfer inzwischen selbsttrocknend und müssen nicht gesondert getrocknet werden. Dies senkt die Kontaminations- und Verwechslungsgefahr. Andernfalls ist vor Verschluss des Tupferröhrchens eine Lufttrocknung des Tupfers erforderlich.«

Für weitergehende Untersuchungen sind in jedem Fall ohne Zeitverzug aufgenommene Fotos mit Maßstab in direkter Aufsicht (senkrecht zur Hautoberfläche) erforderlich, um optische Verzerrungen zu vermeiden. Zusätzlich muss eine Übersichtsaufnahme der betroffenen Körperregion für die korrekte Zuordnung erfolgen.

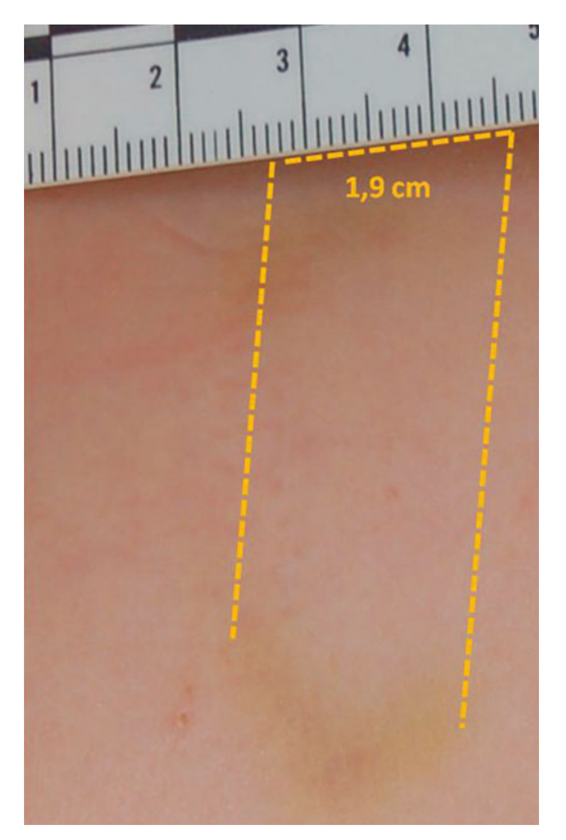


Abb. 4.12 Anamnestisch Biss durch Geschwister – mit Messung vereinbar

Häufig werden als Bissverursacher Geschwisterkinder angegeben. Daher ist eine exakte Vermessung der Bissspuren erforderlich, um eine Differenzierung zwischen Kinder- und Erwachsenengebiss zu ermöglichen. Als Faustregel kann gelten, dass beim adulten Gebiss die Eckzähne einen Abstand (interkaniner Durchmesser) von mehr als 3 cm (Bereich: 2,5–5 cm) haben; 2,5–3 cm entsprechen einem älteren Kind oder kleinen Erwachsenen. Kindergebisse vor dem Zahnwechsel (beginnend im 6. Lebensjahr) bilden den Abstand zwischen den zweiten Milchmolaren ab. Dieser beträgt regelhaft unter 2,5 cm (Abb. 4.12). Die Erwachsenengebissgröße wird mit 12 Jahren erreicht.

Menschenbisse sind anhand ihres ovalären und gequetschten Charakters gut von Tierbissen zu differenzieren. Letztere entsprechen eher dreieckig nach vorne spitz zulaufend konfigurierten Punktions- und Rissverletzungen ohne Quetschungen.

Scalping

In Folge einer erheblichen tangentialen Gewalteinwirkung gegen die Kopfschwarte (z. B. durch ein gewaltsames Zerren an den Haaren) kann es zu einem Abreißen der verschieblichen Kopfschwarte im Bereich der Galea aponeurotica und zur Ausbildung eines subgalealen Hämatoms kommen. Dies kann neben einer flächenhaften Unterblutung aufgrund der nur lockeren Verbindung zwischen Galea aponeurotica und Periost zu einer mit bloßem Auge wahrnehmbaren Deformierung des Kopfes führen. Die Massivität der Blutungen ist durch die Ruptur von Venen zu erklären, die den subgalealen Raum kreuzen.

Mit bildgebenden Verfahren (Sonografie mit hochauflösendem Linearschallkopf) ist die Lokalisation der Blutung gut darzustellen. Die Blutung wird nicht durch die Schädelnähte begrenzt und kann sich auch über gebogene Flächen (Stirn) ausbreiten. Bei entsprechenden flächenhaften Hautverfärbungen muss diese Verletzungsentstehung in Betracht gezogen werden. Gewaltsames Haare-Ziehen kann auch zu einer zirkumskripten Alopezie oder deutlich schütterem Haar führen.

4.1.5 Assoziierte innere Verletzungen

In den meisten Fällen handelt es sich bei Hämatomen nicht per se um schwerwiegende Verletzungen, die einer spezifischen Therapie bedürfen. Um aber diese Schlussfolgerung mit der entsprechenden Sicherheit ziehen zu können, müssen innere Verletzungen ausgeschlossen sein. Je nach Lokalisation des Hämatoms ist dabei an die in Tab. 4.4 zusammengestellten Konstellationen zu denken. Andererseits haben zu jeweils einem Viertel Kinder mit misshandlungsverdächtigen Hämatomen ein auffälliges Röntgenskelettscreening oder/und eine auffällige zerebrale Bildgebung. Bei nichtakzidentellen Hämatomen bei Säuglingen und Kleinkindern < 2 Jahren im Bereich des Kopfes und des Abdomens handelt es sich immer um potenziell lebensgefährliche Verletzungen: Die Art des Umgangs mit dem Kind deutet darauf hin, dass hier die Grenzen üblichen elterlichen Verhaltens deutlich überschritten werden und sich auch schwerwiegendere Folgen einstellen könnten. Daher sollten diese

Tab. 4.4 Hämatome als Kennzeichen innerer Verletzungen

Lokalisation	Mögliche Komplikation
Hämatome am Kopf	Intrakranielle Verletzungen/Blutungen
Hämatome am Bauch (selten, selbst bei signifikanten viszeralen Verletzungen)	Verletzungen von parenchymatösen Organen (Leber, Milz, Pankreas) oder Hohlorganen (Dünndarm), freies Blut intraabdominell
Hämatome am Brustkorb	Lungen- oder Herzkontusion
Hämatome an den Extremitäten	Frakturen (selten von Hämatomen begleitet)

Die Indikation für Zusatzuntersuchungen, die über das standardisierte Screening hinausgehen, muss je nach dem jeweiligen klinischen Befund gestellt werden.

Kinder in der Regel stationär behandelt werden, wenn nach Anamnese und Untersuchung eine Misshandlung nicht ausgeschlossen werden kann.

Aus dem Vorliegen von »lediglich« äußerlichen Hämatomen kann somit nicht auf die Harmlosigkeit der zugrundeliegenden Misshandlung geschlossen werden.

4.1.6 Begleitverletzungen

Hautabschürfungen Das Hämatom als Folge einer stumpfen Gewalteinwirkung beinhaltet nicht zwingend eine Oberhautverletzung. Trifft eine nicht senkrechte, sondern tangentiale Gewalt, möglicherweise noch mit einer rauen Oberfläche bei Verwendung eines Gegenstandes, die unbekleidete Haut, so können Hautabschürfungen als Begleitverletzung auftreten. Diese können, wie auch das Hämatom, eine Formung aufweisen oder uncharakteristisch ausgebildet sein. Eine Schürfrichtung dürfte beim Lebenden nur in seltenen Fällen abzuleiten sein, da Epidermisfähnchen leicht verloren gehen oder durch Entwicklung eines Wundschorfes überdeckt werden.

Riss-Quetsch-Wunden Findet eine Gewalteinwirkung an einer Lokalisation mit geringer Weichteildicke über dem darunter liegenden Knochen statt, können Hautdurchtrennungen (Riss-Quetsch-Wunden) auftreten. Diese unterscheiden sich von scharfen Gewalteinwirkungen durch den Nachweis von Gewebsbrücken am Wundgrund, insbesondere auch in den Wundwinkeln. Typische Lokalisationen sind die Augenbrauenregion (auch bei Stürzen möglich) oder die Schleimhaut des Mundvorhofes mit den Zähnen als Widerlager (typisch bei Faustschlag gegen den Mund, Abb. 6.6).

4.1.7 Differenzialdiagnosen bei Hämatomen

Eine Vielzahl von Hautveränderungen wird als Differenzialdiagnose von Misshandlungen beschrieben (Tab. 4.5). Da gelegentlich primär, häufiger aber in späteren Gerichtsverfahren, die Möglichkeit einer vermehrten Blutungsneigung oder bislang unerkannter Gerinnungsstörungen genannt wird, ist aus forensischen Gründen eine entsprechende Diagnostik erforderlich (▶ Kap. 2.3.2). Allerdings ist auch bei einer Gerinnungsstörung eine Misshandlung nicht ausgeschlossen, wenn typische Verletzungsmuster oder -verteilungen vorliegen. Die Intensität und Größe der Hämatome ist dann allerdings als Differenzierungskriterium nicht anwendbar.

Sonderform alternative Heilmethoden Bei auffällig geformten oder angeordneten Hämatomen ist an die Verursachung durch sog. alternative Heilmethoden aus dem asiatischen Raum zu denken. Dazu zählen z. B. Münzen- oder Löffelrollen (Cao Gio, Quat Sha). Die Haut wird hierbei mit einem Gegenstand (flache, aus Stein oder Horn gefertigte

Tab. 4.5 Differenzialdiagnosen bei Hämatomen

Akzidentelle Hämatome	Bevorzugt knöcherne Prominenzen (»Leading edges«), typisch Stirn, Nase, Oberlippe, Kinn (»Faziales T«), Unterschenkel (► Übersicht »Faktoren, die die Hämatomausprägung beeinflussen«, Abb. 4.1, Abb. 4.13)
Gerinnungsstörungen	Von-Willebrand-Syndrom (häufigste), immunthrombozytopenische Purpura (ITP, Abb. 4.14), Hämophilie, Vitamin-K-Mangel-Blutung (Neugeborenen-Spätform, Malabsorption, Hepatopathien), akzidentelle Antikoagulanzieneinnahme (Marcumar, Rattengift)
Vaskulitiden	Häufigste: Purpura Schönlein-Henoch (PSH; Abb. 4.15a), Seidlmayersche Kokardenpurpura-Variante der PSH im Säuglingsalter (Abb. 4.15b)
Kongenitale Hautveränderungen	Mongolenfleck (Abb. 4.16), besonders bei ungewöhnlicher Lokalisation, Ehlers-Danlos-Syndrom
Infektionen	Erythema multiforme (Herpes oder Mykoplasmen-Infektion)
Petechien	Bei Pertussis oder Erbrechen möglich
Externe Farbantragungen	Stifte, Kleidung, z. B. Blue Jeans
Haar-Tourniquet-Syndrom	Meist akzidentell (Abb. 4.17), Einzelfälle auch als Misshandlung
Trichotillomanie*	Gelegentlich auch als Misshandlung
Akzidentelle Bissverletzungen	Tierbisse entsprechen dreieckigen Rissverletzungen (Abb. 4.18) Kinderbisse: interkaniner Durchmesser < 2,5 cm (Abb. 4.12)
Volksheilverfahren	z. B. asiatisches Münzen- oder Löffelrollen (Cao Gio bzw. Quat sha) (► Kap. 4.2.3), Schröpfen

* zwanghaftes Ausreißen der eigenen Haare



Abb. 4.13 Typische Lokalisationen akzidenteller Verletzungen im Gesicht



Abb. 4.14 Hämatome bei idiopathischer thrombozytopenischer Purpura (Thrombozytenzahl: 6.000/µl)

Schaber, Münzen oder Löffel), der bisweilen in erwärmtes Öl getaucht wird, gerieben. Dies führt zu intrakutanen Hämatomen und/oder Hyperämien, die nach wenigen Tagen abblassen. Die Methode orientiert sich, ähnlich wie die Akupunktur, an ge-





Abb. 4.15a,b **a** Purpura Schönlein-Henoch (postinfektiöse Vaskulitis); **b** Seidlmayersche Kokardenpurpura-Vaskulitis im Säuglingsalter



Abb. 4.16 Typische Lokalisation für Mongolenflecke (Naevus fuscocaeruleus)



Abb. 4.17 Hair-Tourniquet der 3. Fußzehe durch mütterliches Haar (akzidentell)

dachten Meridianen der Haut. Da die Durchführung dieser Maßnahmen wohl nicht schmerzbehaftet ist, kann nicht von einer Kindesmisshandlung gesprochen werden. Allerdings ist darauf zu achten, dass das Kind bei entsprechend ernsthaften Erkrankungen auch angemessen ärztlich behandelt wird. Auch Schröpfen erzeugt Hämatome durch Saugwirkung, die bereits mit einer Misshandlung verwechselt wurden.

Penishämatom bei Purpura Schönlein Henoch Bei einer Purpura Schönlein Henoch kann es zu einem ausgeprägten Penishämatom kommen (Abb. 11.14). Hiervon abzugrenzen sind Kneifmarken, Häma-



Abb. 4.18 Typische Risswunden durch Hundebissverletzung. (Abbildung freundlicherweise überlassen von Dr. C. Goho, Würzburg)

tome und Ligaturen durch fehlgeleitete Sauberkeits-»Erziehung«.

4.2 Thermische Verletzungen: Verbrühungen, Verbrennungen

Verletzungen durch thermische Einwirkungen, in erster Linie Verbrühungen, zählen zu den besonders schwerwiegenden Kindesmisshandlungen. Sie ziehen langfristig eine hohe Rate physischer (Narbenbildung, sichtbare Entstellung) und psychisch-emotionaler Störungen nach sich.

Überblick, Epidemiologie

Verbrühungen sind die häufigsten hitzebedingten Verletzungen bei Unfällen und Misshandlungen. 10–15% aller misshandelten Kinder weisen eine thermische Verletzung auf, am häufigsten bei Kindern unter einem Jahr. Amerikanische Studien berichten von ca. 10–14% Misshandlungen unter den stationär behandelten kindlichen Verbrennungsopfern. Die Sterblichkeit bei fremdbeigebrachten Verbrennungen beträgt bis zu 30%, während sie bei Unfällen um 2% liegt. Bis zu 15% durch eine Verbrennung misshandelter Kinder weisen Frakturen im Skelettscreening auf, unter 10% koexistierende Kopfverletzungen, 14% ein positives Drogenscreening in einer Studie. Für die Differenzierung zwischen absichtlich zugefügter und unfallbedingter Verbrühung gibt es mittlerweile zuverlässige Evidenz.

Kinder mit misshandlungsbedingten thermischen Verletzungen weisen häufiger frühere Verbrennungen auf, assoziierte Misshandlungsverletzungen, Gedeihstörungen, Vernachlässigungen und eine ausgeprägte Ängstlichkeit bei der Untersuchung. Das angegebene Unfallgeschehen ist typischerweise nicht vereinbar mit dem Entwicklungsstand des Kindes, kann im Verlauf wechseln, und der Ablauf ist inkompatibel mit dem Verletzungsmuster oder wird einem Geschwisterkind zugeschrieben. Ein Arzt wird oft verzögert aufgesucht. Häufig lassen sich Triggersituationen wie Einnässen, Einkoten oder anderes »Fehlverhalten« eruieren. Verbrennungen im Anogenitalbereich korrelieren gehäuft mit Problemen der Sauberkeitserziehung. Das Risiko für eine intensivmedizinische Behandlung und die Häufigkeit von Transplantationen sind bei Misshandlungsverbrennungen deutlich erhöht. Die Opfer haben ein signifikant erhöhtes Risiko schwerwiegender posttraumatischer emotionaler Störungen, insbesondere depressiver Verstimmungen durch die massive Schmerzhaftigkeit des Geschehens.

Definitionen

Für die forensische Betrachtungsweise eines Falles ist zwischen den wichtigsten Hitzeeinwirkungen zu differenzieren. Der Oberbegriff Verbrennung umfasst trockene und feuchte thermische Einwirkung, elektrische, chemische und Strahleneinwirkung. Für die tägliche Praxis ist die hier angegebene Definition ausreichend.

Definition

Bei einer **Verbrühung** handelt es sich um die Folge einer Einwirkung feuchter Hitze, zumeist einer heißen Flüssigkeit, und hierbei wiederum meist um Wasser. Charakteristisch ist der Erhalt der Hautanhangsgebilde, wie z. B. der Haare.
Eine **Verbrennung** bedeutet dagegen zumeist eine trockene Hitzeeinwirkung im Sinne einer Kontaktverbrennung. Eine direkte **Flammeneinwirkung** ist im Rahmen einer Misshandlung eine Rarität. Bei der trockenen Hitze werden die Haare bzw. Hautanhangsgebilde mit geschädigt.

Unfallbedingte Hitzeeinwirkungen

Diese treten meist in ganz typischen Situationen auf. Bei den Verbrühungen dominieren Übergießungsvorgänge. Diese werden zumeist durch die Kinder selbst verursacht durch Ziehen an einem Wasserkocher, am Kochtopf, einer Tischdecke und der Kaffee- oder Teekanne oder anderen darauf stehenden Behältnissen. Flammeneinwirkungen sind häufig Folge eines Grillunfalles (insbesondere bei der Verwendung eines flüssigen Brandbeschleunigers wie Spiritus oder flüssiger Grillanzünder). In diesen Fällen sind die Fallumstände in der Regel so eindeutig, dass sich keine Abgrenzungsprobleme ergeben. Durch das offenbar vermehrt praktizierte Setzen der Kinder auf die Arbeitsplatte neben dem Herd (zur Einbeziehung beim Kochen) und die offenbar schwierigere Erkennbarkeit der Herdplatten bei den Ceranfeldern, seltener den Induktionsherden, kommt es gehäuft zu Verbrennungen an den Händen (Abstützen mit der Hand beim Vorbeugen). Auch bei diesem Mechanismus gibt es eine »Grauzone« zu Verletzungen durch Vernachlässigung (s. unten).

Vernachlässigung

Auch bei einem tatsächlichen Unfallereignis muss berücksichtigt werden, dass eine Vernachlässigung (u. a. der Aufsichtspflicht) als mittelbare Verletzungsursache in Betracht kommt und somit durchaus ein Erwachsener den Unfall hätte vermeiden können. Diese Ereignisse stellen das Bindeglied zwischen echten Unfällen und fremdverursachten Verletzungen dar und sollen etwa 10-mal häufiger als aktive Misshandlungsverbrennungen sein. Sie unterscheiden sich von den Verletzungsmustern her nicht von echten akzidentellen Verletzungen. Häufig findet sich jedoch eine auffallende zeitliche Verzögerung zwischen der Entstehung der Verletzung und dem Aufsuchen eines Arztes.

Verletzungsschwere

Prinzipiell ist die Schwere der Verletzung an der Haut eine Funktion aus betroffener Fläche, einwirkender Temperatur und Zeitdauer der Einwirkung. Die kindliche Haut ist im Vergleich zur Haut des Erwachsenen deutlich dünner und damit gegenüber einer Hitzeeinwirkung wesentlich empfindlicher. Mit etwa 5 Jahren wird die Dicke der Erwachsenenhaut erreicht. Bei der Einwirkung von mehr als 60°C beträgt die Zeit bis zum Auftreten einer Verletzung bei Säuglingen und Kleinkindern nur ein Viertel der Zeit, die bei einem Erwachsenen erforderlich ist (s. Verbrühungen). Daher können auch bei Temperaturen, die auf die Erwachsenenhaut nicht sofort schädigend wirken, bereits Schädigungen der kindlichen Haut auftreten. Die Graduierung erfolgt nach den üblichen klinischen Schemata (Grad 1–4 bezüglich der Tiefe der Hautverletzung, Tab. 4.6). Zu beachten ist, dass sich der endgültige Schweregrad oft erst nach 3–6 Tagen zeigt.

Bei großflächigen und tieferen Verbrennungen besteht eine potenzielle Lebensbedrohlichkeit durch die Ausbildung der **Verbrennungskrankheit**. Je nach Ausdehnung der betroffenen Körperoberfläche kann es zu einem enormen Verlust von Wasser, Elektrolyten und Proteinen durch Wundexsudat und Verdunstung an der verbrannten Hautfläche kommen. Diese wird in der Regel nach der modifizierten Parklandformel mit (3–)4 ml/% verbrannte KOF/kg/24 h) substituiert. Weiterhin

Tab. 4.6 Schweregrade von Verbrennungen

Grad 1	Epidermis	Erythem, trocken, schmerzhaft, Schuppung nach 5–10 Tagen
Grad 2	Epidermis und Dermis	Blasenbildung
Grad 2a		Oberflächlich, stark schmerzhaft, keine Narbenbildung
Grad 2b		Tiefer, weißlicher Wundgrund, stark schmerzhaft, geringe Narbenbildung
Grad 3	Epidermis, Dermis, subdermales Fett	Weiß-grau, trocken, kaum oder keine Schmerzen, immer Narbenbildung
Grad 4	Wie 3 mit Muskeln	Verkohlung: Schwarz, trocken, lederartig, keine Schmerzen

folgen Ödembildung, Volumenmangel, Viskositätserhöhung im strömenden Blut und Mikrozirkulationsstörungen. Die Resorption toxischer Gewebeabbauprodukte und ein Immunglobulinverlust führen zu einer Resistenzminderung gegenüber bakteriellen Infektionen; zusätzlich begünstigt die Wundfläche das Keimwachstum. Durch die u. U. erheblichen Schmerzen kommt es zu einem katabolen Stressstoffwechsel. Die Therapie ausgedehnter Verbrennungen sollte nur in Zentren für schwerbrandverletzte Kinder (www.verbrennungsmedizin.de/zentren.php) erfolgen.

Verletzungsausdehnung

Die Graduierung folgt den bekannten klinischen Schemata für Kinder. Als Faustregel kann gelten, dass die Hand mit Fingern etwa 1% Körperoberfläche entspricht (Abb. 4.19a, b).

Kleidung

Nicht wasserfeste Kleidung schützt nicht vor hitzebedingten Hautschäden. Im Gegenteil kann die Bedeckung der Haut mit heißer Kleidung zu einer Hitzekonservierung führen. Vor allem kann sich dem Körper eng anliegende Kleidung mit heißen Flüssigkeiten vollsaugen und so die Haut intensiver hitzegeschädigt werden als nicht bekleidete Hautpartien.

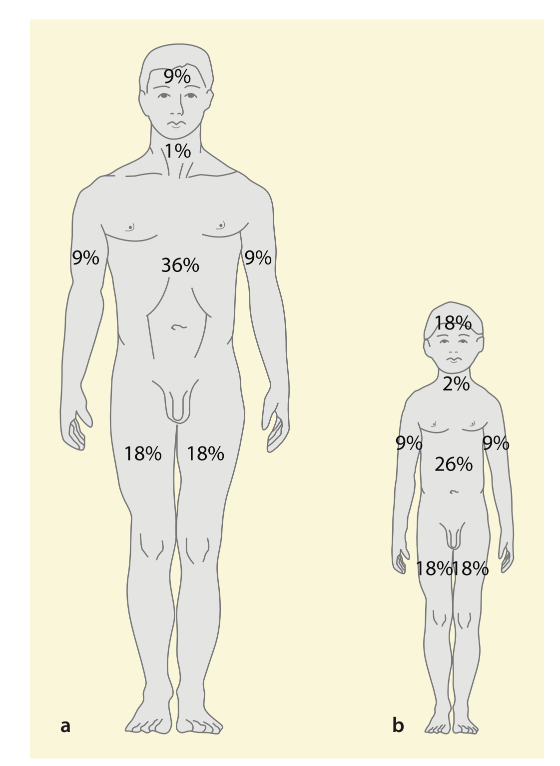


Abb. 4.19 a,b Vereinfachtes Schema zur Abschätzung der Ausdehnung von Verbrennungen bei Erwachsenen (**a**) und Kindern (**b**)

4.2.1 Verbrühungen

Als Warmwasser wird üblicherweise der Bereich von 30–60°C bezeichnet, bei höheren Temperaturen spricht man von Heißwasser. 35°C werden als handwarm empfunden. Die Zeitdauer bis zur Entstehung einer Verbrühung ist abhängig vom Alter und damit von der Hautdicke und der Temperatur. Die Haut von Säuglingen hat mit einer durchschnittlichen Dicke von 0,5 mm nur etwa ein Fünftel der Dicke von Erwachsenenhaut, die mit 2,5 mm angegeben wird, und erreicht diese allmählich erst mit 5–7 Jahren. Bei 44°C entstehen drittgradige Verbrühungen erst nach 6 Stunden. Zwischen 44° und 51°C halbiert sich etwa pro Grad Temperaturerhöhung die erforderliche Zeit, im Heißwasserbereich beträgt die erforderliche Einwirkzeit nur noch Sekunden(-Bruchteile). Die Einwirkungszeiten zur Erzeugung einer Verbrühung 2.–3. Grades sind vorwiegend für Erwachsene untersucht. Eine Orientierung gibt Tab. 4.7. Verbrühungen lassen sich durch das verursachende Agens (Leitungswasser u. a.), den Mechanismus (Überfließen, Immersion, …), das Muster und die Verteilung am Körper kennzeichnen.

Für eine genaue Altersbestimmung von Verbrühungswunden anhand der Wundbeschaffenheit oder des Aussehens gibt es keine verlässlichen Daten. In multivariaten Analysen korrelierten die Parameter Alter unter 5 Jahren, Verbrühung durch Leitungswasser, bilaterale Verbrühungen und posteriore Lage signifikant mit dem Vorliegen einer Misshandlung. Die Datenlage in Form mehrerer Fallkontrollstudien, etlicher Querschnittsstudien und zahlreicher Fallserien erlaubt mittlerweile eine weitgehend zuverlässige Differenzierung misshandlungsbedingter und akzidenteller Verbrühungen.

Tab. 4.7 Erforderliche Einwirkzeiten für Verbrühungen 3. Grades

Temperatur (°Celsius)	**44°**	**49°**	**50°**	**51°**	**52°**	**53°**	**54,5°**	**57°**	**60°**
Erwachsene	6 Std.	10 Min.	5 Min.	2½ Min.	2 Min.	1 Min.	30 Sek.		5 Sek.
Säuglinge/ Kleinkinder							10 Sek.	4 Sek.	1 Sek.
Temperatur (°Celsius)	**61,7°**	**62,8°**	**64,4°**	**65°**	**66,7°**	**69°**	**71°**	**75°**	**82°**
Erwachsene	4 Sek.	3 Sek.	2½ Sek.	2 Sek.	1½ Sek.	1 Sek.	½ Sek.	¼ Sek.	1/10 Sek.
Säuglinge/ Kleinkinder				0,5 Sek.					

Exkurs
Für Warmwasser gibt es in Deutschland die Empfehlung, dass an keiner Stelle im zirkulierenden System eine Temperatur von 55°C dauerhaft unterschritten werden soll [Arbeitsblätter W 551 und W 552 der Deutschen Vereinigung des Gas- und Wasserfaches e.V. (DVGW) »Trinkwassererwärmungs- und -leitungsanlagen; Technische Maßnahmen zur Verminderung des Legionellenwachstums«]. Für den Warmwasserspeicher wird 60°C Austrittstemperatur empfohlen, um eine Verkeimung mit Legionellen zu verhüten. Für die Entnahmetemperatur am Wasserhahn gibt es keine gesetzliche Regelung bezüglich einer oberen Temperaturbegrenzung als Verbrühungsschutz. Technisch ist es je nach gegebenem System möglich, die Temperatur zu begrenzen, empfohlen werden maximal 49–52°C. Das bedeutet, dass die Angaben zur Plausibilität einer vorliegenden Verbrühung im Zweifelsfall nur durch eine Messung der Entnahmetemperatur vor Ort erfolgen können. Untersuchungen in amerikanischen Haushalten wiesen in 80% eine Warmwassertemperatur über 54°C nach. Eine solche Messung sollte bei einem Misshandlungsverdacht durch Einschaltung der Polizei veranlasst werden.



Abb. 4.20 Immersionsverbrühung der Hand (pathognomonisches »Handschuhmuster«)

Immersionsverbrühungen

Die Mehrzahl misshandlungsbedingter Verbrühungen entsteht durch Eintauchen in heißes Leitungswasser (Immersion). An den Extremitäten kommt es dabei zu den häufig symmetrischen, typischen socken- oder handschuhförmigen Verbrühungen. Das Eintauchen kann zu vollständigen Verbrühungen der Haut mit Ausnahme der Finger- bzw. Fußnagelbetten führen mit einer scharfen Abgrenzung zur umgebenden gesunden Haut und uniformer Verbrennungstiefe (»Handschuh- oder Strumpfmuster«, Abb. 4.20). Diese können auch einseitig auftreten. In der Mehrzahl ist die untere Extremität betroffen (Abb. 4.21). Bilaterale »Strumpfmuster« der unteren Extremität, insbesondere in Verbindung mit Immersionsverbrühungen des Anogenitalbereiches, korrelieren hochsignifikant mit einer Misshandlung.

Lokalisation Typische Lokalisation von Misshandlungsverbrühungen sind Hände/Unterarme, Füße/Unterschenkel und Gesäß oder perineal und posterior am Körper. Gelegentlich finden sich auch Immersionsverbrühungen des Gesichtes (Abb. 4.22). Misshandlungsbedingte Verbrühungen werden häufiger bilateral gefunden.

Randbegrenzung Die Beschreibung der Verletzung in ihren Randbereichen ist für die Rekonstruktion



Abb. 4.21 Immersionsverbrühung des Unterschenkels (pathognomonisches »Strumpfmuster«). (Abbildung freundlicherweise überlassen von Dr. A. Warnecke, Osnabrück)



Abb. 4.22 Eintauchen des Gesichts in kochendes Wasser, Augenwinkel durch Luftblase ausgespart

des Hergangs wesentlich. Gerade die Verbrühungen 1. Grades müssen exakt dokumentiert werden, da diese sich unter adäquater Therapie rasch zurückbilden können und damit das Bild gegenüber einer späteren Untersuchung verändern. Beim Eintauchen gibt die Verletzungsbegrenzung den Wasserspiegel wieder. Da das Wasser durch das Eintauchen in Bewegung versetzt wird, ist der Rand meist »landkartenartig« oder wellig ausgebildet (Abb. 4.22). Zusätzlich können – wenn das Kind entsprechende Ausweichversuche unternimmt – Spritzer an den Extremitäten auch bei einem Eintauchmechanismus der Beine auftreten, da eine vollständige Fixierung des Körpers mit zunehmendem Alter des Kindes schwierig wird.

Aussparungen Aussparungen im Verletzungsbild bedeuten, dass das Wasser an dieser Stelle die Haut nicht erreichen konnte. Sie sind daher für eine Rekonstruktion besonders wichtig.

Aussparung am Gesäß Durch das Aufpressen des Gesäßes auf den im Vergleich zum Wasser relativ kühleren Wannenboden kann eine oft zentrale Aussparung in der Verletzung entstehen, da das Wasser dieses Hautareal nicht erreicht. Dies wird im angloamerikanischen Sprachgebrauch als »doughnut«-artige Aussparung bezeichnet. Gleichartiges kann auch an anderen Körperstellen auftreten (Abb. 4.23).

Aussparungen in Hautfalten Diese bedeuten, dass die Hautfalte im Moment der Wasserexposition ausgebildet war und das Wasser daher die Haut im Faltental nicht erreichen konnte, beispielsweise die Leiste bei gebeugtem Bein. Bei Beugung des Rumpfes können diese Aussparungen ein »zebraartiges Muster« annehmen. Diese Aussparungen lassen – insbesondere wenn sie unphysiologisch gelegen sind – Rückschlüsse auf die erzwungene Körperposition zu (Abb. 4.23, Abb. 4.24).

Aussparungen im Gesicht Wird das Gesicht ins heiße Wasser getaucht, so geschieht dies nicht zwingend symmetrisch, da das Kind versuchen wird, den Kopf wegzudrehen (alters- und sicherlich auch fixierungsabhängig). Durch persistierende Luftblasen, z. B. im inneren Augenwinkel, können hier Aussparungen in den Verbrühungen auftreten (Abb. 4.22). Auch dringt kein Wasser in die Nase oder den Mund ein, wenn das Eintauchen nur kurzfristig erfolgt. Wenn dann trotzdem Hautverletzungen, insbesondere höherer Schweregrade, resultieren, muss das Wasser entsprechend heiß gewesen

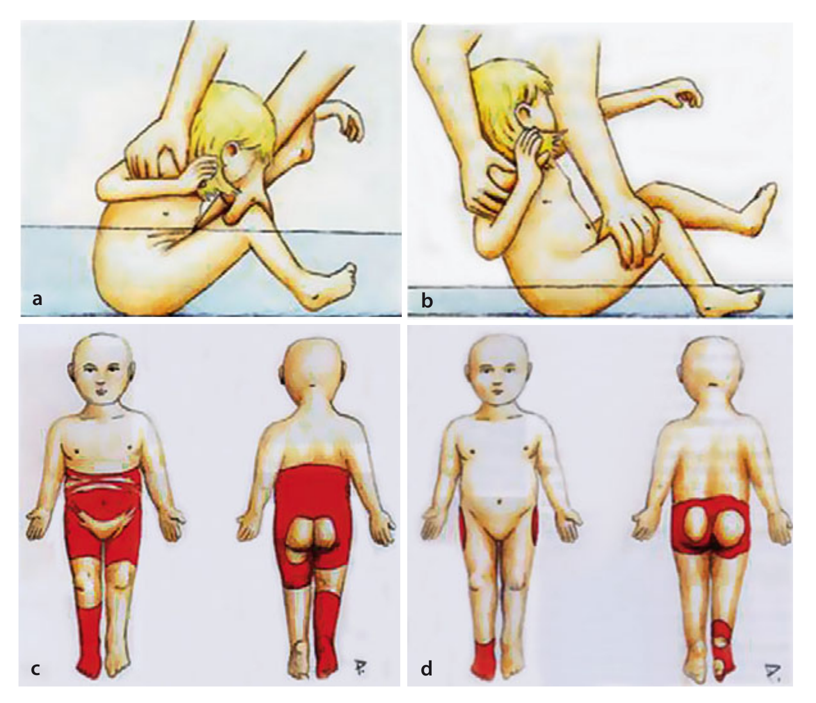


Abb. 4.23 a–d Entstehung von Faltenaussparungen und »doughnut sign« durch forcierte Immersion. (Skizze Pieter van Driessche. Mit freundlicher Genehmigung aus Bilo et al. 2013)

sein. Protektiv wirkende Wasserblasen können auch dadurch entstehen, dass das Opfer unter Wasser versucht zu schreien und entsprechend Luftblasen aus dem Mund austreten und »hängenbleiben«.

Assoziierte Merkmale Bei misshandlungsbedingten Verbrühungen werden gehäuft frühere Verbrennungen, koexistierende Vernachlässigung, koexistierende Frakturen, ein positives Drogenscreening, frühere Misshandlungen, häusliche Gewalt und frühere Jugendamtskontakte gefunden.



Abb. 4.24 Aussparung bei einer Verbrühung durch Hautfalten

4.2.2 Trockene Verbrennungen

Kontaktverbrennungen sind, abgesehen von den Verbrühungen bei Misshandlungen, die häufigsten thermischen Verletzungen. Sie entstehen durch das Aufpressen heißer Gegenstände, die zu spezifischen, oft geometrisch konfigurierten und scharf demarkierten Verbrennungsmustern führen, die den verursachenden Gegenstand abbilden. Häufigste Lokalisationen sind Rücken, Schultern, Unterarme, Handrücken und Gesäß; bei akzidentellen Verbrennungen dagegen sind zumeist die tastenden Finger oder Palmarflächen der Hände betroffen, gelegentlich weitere Körperpartien, dann aber mit inhomogenen, verwischten, streifigen Mustern. Ausnahmen sind absichtlich auf eine heiße Herdplatte gedrückte Hände. Im Ge-

gensatz zu anderen Misshandlungsverletzungen werden Kontaktverbrennungen auch bei älteren Kindern und Jugendlichen gefunden. Die Datenlage bei Kontaktverbrennungen beruht nahezu ausschließlich auf Kasuistiken; Kontrollstudien liegen nicht vor.

Zigarettenverbrennungen

Häufig, da breit verfügbar, sind Zigarettenverbrennungen (Abb. 4.25). Lokalisationen sind zumeist Handrücken, Daumengrundgelenk, Handfläche, Rücken, Stamm, oft gruppiert in einem umschriebenen kleineren Bereich. Bei einem absichtlichen Aufpressen stellt sich die Fläche der Zigarette vollständig dar und beträgt durchschnittlich 0,8–1 cm. Ausnahmen können durch kegelförmigen Abbrand bei selbstgedrehten oder selbstgestopften Zigaretten und dadurch kleinerem Muster entstehen (Abb. 4.26). Durch das Aufpressen treten tiefere, ausgestanzt wirkende Verbrennungen auf, die in der gesamten Fläche gleichmäßig tief ausgebildet sind, wenn das schmerzreflexbedingte Ausweichen des Opfers vom Täter verhindert wird. In der Folge kommt es zu rund konfigurierten Narben. Der Unterschied zwischen einem unfallbedingten und einem fremdbeigebrachten Kontakt ist die bei einem Unfall nur unvollständig wiedergegebene Kontur des Gegenstandes. Bei einer Zigarette findet sich dann eine Art »Wischspur«. Da der Kontakt nur sehr kurzfristig erfolgt, sind die Verletzungen nur oberflächlich, Haare nur angesengt. Typische Kontaktverbrennungen sind Tab. 4.8 zu entnehmen.

Sonderformen

Eine sehr seltene, bizarre und schwerwiegende Form der Misshandlungsverbrennungen ist die Hitzeeinwirkung durch **Mikrowellen**. Dabei wird das Unterhautfettgewebe aufgrund der Charakteristik der Mikrowellen von den Hitzeveränderungen ausgespart, d. h. die Verletzungen finden sich an der Hautoberfläche und in der Muskulatur. Zur sicheren Diagnosestellung ist eine tiefe Biopsie unter Einschluss der Muskulatur erforderlich.

Ungewöhnlich sind auch Verbrennungen mit **heißem Öl, offenen Flammen oder chemisch durch Säureapplikation,** die sowohl fremdbeigebracht als auch akzidentell beschrieben sind.



Abb. 4.25 Typische rundliche und tiefe Narbe nach Zigarettenverbrennung

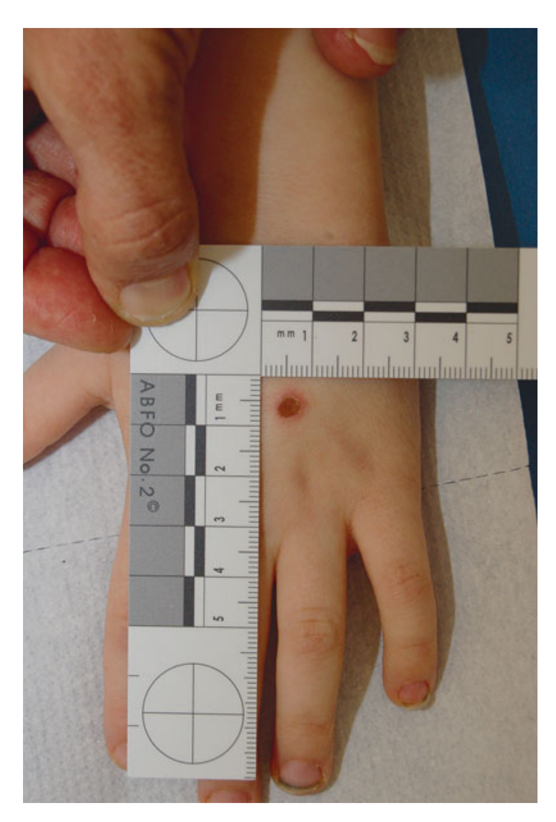


Abb. 4.26 Etwas kleinerer Durchmesser als nach Zigarettenverbrennung üblich; anamnestisch »selbstgestopfte« Zigarette

◘ **Tab. 4.8** Typische Gegenstände zur Beibringung von Kontaktverbrennungen

Gegenstand	Hautbefund
Zigarette	Rundliche, etwa 8–10 mm durchmessende Verbrennung; zumeist 2.–3. Grades, mit entsprechender narbiger Abheilung (◘ Abb. 4.25 und ◘ Abb. 4.26)
Bügeleisen	Dreieckig konturierte, scharf demarkierte Verbrennung, oft 3. Grades; Aussparungen mit typischem Muster durch Dampfdüsen möglich (◘ Abb. 4.27a, b); in erster Linie Extremitäten oder Stamm betroffen, seltener Handrücken oder Handfläche, Schulter
Heizlüfter	Verbrennung mit einem entsprechenden Muster, ebenfalls zumeist 2.–3. Grades
Haartrockner	Klar demarkierte Abbildung des Föngitters, eher Gesicht, Gesäß, Rücken, Fußsohle, Abdomen
Herdplatte	Rundliche Verbrennung 3. Grades, typischerweise an Gesäß oder Handflächen
Sonstige	Zigarettenanzünder, Ondulierstab, Motorhaube, Backofen, Zimmerofen, Radiatoren, chemische Verbrennung durch Säure, offene Flammen





◘ **Abb. 4.27a,b** **a** Verbrennungs- bzw. Verbrühungsmuster durch Dampfdüsen eines Bügeleisens und **b** dazu verwendetes Bügeleisen. (Abbildungen freundlicherweise überlassen von der Kriminalpolizei [LKA] Berlin)

4.2.3 Differenzialdiagnosen

Zahlreiche Erkrankungen können ein Hautbild hervorrufen, das an eine Verbrühung oder Verbrennung denken lässt. In Zweifelsfällen sollte eine rasche Klärung durch ein pädiatrisch-dermatologisches Konsil herbeigeführt werden, da nicht nur die Therapie, sondern auch das weitere Prozedere davon abhängen können. Die wichtigsten Differenzialdiagnosen sind in ◘ Tab. 4.9 zusammengefasst.

Insbesondere das Auftreten verdächtiger Hautveränderungen bei einem stationären Aufenthalt, d. h. unter kontrollierten Bedingungen, ist ein starker Hinweis auf eine andersartige Entstehungsweise der Hautveränderungen. Gelegentlich kommt es zur Beibringung von Verbrennungen bzw. Verbrühungen im Rahmen eines Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (MSbP) (► Kap. 6.4).

▪ Akzidentelle Verbrühungen

Akzidentelle Verbrühungen entsprechen typischerweise Übergießungs- bzw. Verschüttungsmechanismen. Sie entstehen durch das Herunterziehen von Heißgetränken oder heißem Wasser aus Tassen,

Tab. 4.9 Wichtige Differenzialdiagnosen von Verbrennungen und Verbrühungen

Verbrühungen	Trockene Verbrennungen
(Bullöse) Impetigo	Impetigo (versus Zigarettenverbrennung)
Reaktion auf Medikamente (Senna-haltige Laxanzien: Windelbereich! Antiseptika u. a.)	Druckbedingte Hautmuster
Infektionen: Staph. aureus (Staphyloccocal Scalded Skin Syndrome, SSSS), Tinea capitis	Kontaktdermatitis, Ekzeme
Toxische epidermale Nekrolyse (TEN); Stevens-Johnsons-Syndrom (SJS)	Hereditäre sensomotorische Neuropathien
Phytophotodermatitis (Feige, Limone, Zitrone, Pastinake, Sellerie, Parfum); verantwortlich: Psoralene oder Bergamottenöl	Volksheilverfahren: Schröpfen, asiatisches Münzen- oder Löffelreiben in Verbindung mit heißem Öl (Cao Gio, Quat Sha), Moxibustion
Windeldermatitis	Postmortale Insektenspuren
Hereditäre sensorische und autonome Neuropathien (»Congenital insensivity to pain«) – multiple unerklärte Verletzungen durch Selbstverletzung bei fehlendem Schmerzempfinden	

Kannen, Töpfen, Wasserkochern oder einer Mikrowelle, jedoch nur selten durch Leitungswasser. Dabei finden sich entsprechend unregelmäßig und asymmetrisch verteilte Verbrühungsmuster (»Spritz- und Tropfmuster«) sowie unterschiedlich tiefe Verbrühungen (Tab. 4.10). Diese finden sich in 96% an der Körpervorderseite und sind typischerweise an Kopf, Gesicht, Hals, Schultern, Oberarmen oder Oberkörper lokalisiert. Am oberen Thorax (Abb. 4.28) kann sich eine typische pfeilspitzenartige Konfiguration ausbilden, wenn das Wasser an der Brust abläuft. Ansonsten ist der Wundrand unregelmäßig konfiguriert und nicht

Tab. 4.10 Kriterien akzidenteller Verbrühungen

Verursachendes Agens	Eher Haushaltsflüssigkeiten, Heißgetränke
Muster	Spritz- und Tropfmuster, asymmetrische Verteilung, nicht zirkulär
Charakter	Unregelmäßiger Wundrand, inhomogene Verbrühungstiefe
Lokalisation	Kopf, Gesicht, Schultern, Oberarme
Sonderfall Fließwasserverbrühungen	Untere Extremität ohne Spritzer, mit scharf begrenztem Wundrand, dabei jedoch nicht zirkulär



Abb. 4.28 Typische akzidentelle, unregelmäßig ausgebildete Übergießungsverbrühung durch heruntergezogenen Wasserkocher. (Abbildung freundlicherweise überlassen von Dr. J. Suß, Kassel)

Tab. 4.11 Checkliste zur Differenzierung der Misshandlungswahrscheinlichkeit von Verbrühungen. (Nach Maguire et al. 2008, Core Info 2015 – keine Einzelfaktordiagnose! Linke und rechte Spalte beruhen auf hochwertigen vergleichenden Studien, gestützt durch Nichtvergleichende, die mittlere Spalte nur auf nichtvergleichenden Studien)

	Hochverdächtig auf Misshandlung	**Verdächtig auf Misshandlung**	**Misshandlung unwahrscheinlich**
Mechanismus	Immersion		Übergießen bzw. Verschütten; von oben herunterfließendes Wasser
Agens	Heißes Leitungswasser		Nichtleitungswasser: Getränke, Kochtopfwasser, Kochtopfflüssigkeiten
Muster	Scharfe obere Begrenzung Symmetrie (Extremitäten)	Uniforme Verbrühungstiefe Hautfaltenaussparung Zentrale Aussparung am Gesäß	Unregelmäßige Wundränder und Wundtiefe Kein Handschuh- bzw. Strumpfmuster
Verteilung	Isolierte Verbrühung Gesäß, Perineum +/– untere Extremität Isolierte Verbrühung der unteren Extremität	Handschuh- bzw. Strumpfmuster Handschuh- bzw. Strumpfmuster an einer Extremität	Asymmetrische Beteiligung der unteren Extremität Kopf, Hals, Schulter, oberer Stamm, Oberkörper
Klinische Kennzeichen	Zusätzliche Verletzung ohne Bezug zur Verbrühung Anamnese inkompatibel Koexistierende Frakturen	Frühere Verbrennungen Gedeihstörung, Vernachlässigung Anamnese mit Entwicklungsstand nicht vereinbar	
Anamnestische/ soziale Kennzeichen	Passives, introvertiertes, eingeschüchtertes Kind Vorherige Misshandlungen Häusliche Gewalt Vielzahl früherer Unfälle Verbrühung Geschwisterkind angelastet	Trigger wie Enuresis, Enkopresis, Ungehorsam Wechselnde Erklärungsmuster Gehäuft frühere Unfälle Vorstellung nicht durch Eltern Kind dem Jugendamt bekannt	

Keine Einzelfaktordiagnose! Spalte 1 und 3 beruhen auf qualitativ hochwertigen vergleichenden Studien, Spalte 2 auf Berichten und nichtvergleichenden Studien.

zirkulär (strumpfartig), und die Verbrennungstiefe ist meist inhomogen. In über 80% sind akzidentelle Verbrühungen anterior, unilateral und asymmetrisch gelegen.

Je nach Flüssigkeitsmenge und Unfallablauf können spritzerartige Verbrühungen an den Füßen und/oder Unterschenkeln auftreten. Eine absichtlich beigebrachte Verbrühung durch Übergießen ist möglich, jedoch dann nicht aus dem Verletzungsbild abzuleiten; es sei denn, es besteht ein deutlicher Widerspruch zwischen dem geschilderte Ereignisablauf und den tatsächlichen Fähigkeiten des Kindes, diesen Unfall herbeizuführen. Akzidentelle Immersionen kommen vor, sind aber sehr selten. Verbrühungen durch fließendes Wasser weisen selten Spritzer auf, dafür ebenfalls unregelmäßige Wundränder und eine unregelmäßige Verbrühungstiefe sowie asymmetrische Verteilung, und sie sind ebenfalls nicht zirkulär bzw. handschuh- oder strumpfartig ausgebildet.

Differenzierung zwischen Unfall- und Misshandlungsverbrühungen

Anhand einer systematischen Analyse der Literatur wurde von der Cardiff Child Protection Systematic Review Study Group hochwertige Evidenz in

der Literatur gefunden, die eine zuverlässige Anwendung eines Vergleichskataloges (»Triage Tool«) ermöglicht (Tab. 4.11). In vielen Fällen ist eine Einschaltung der Polizei zur Untersuchung des Geschehensortes mit fotografischer Dokumentation und Messung der Wassertemperatur unumgänglich.

Alternative Heilverfahren

Bei der aus der chinesischen Medizin stammenden Moxibustion werden kleine Mengen von Kräutern auf definierten Akupunkturpunkten der Haut verbrannt. Obgleich die zugrundeliegende Intention nicht in der Schädigung des Kindes liegt, kann die Methode zu schmerzhaften Verbrennungen führen und dann nicht mehr als »harmlose« Differenzialdiagnose angesehen werden. Das aus der asiatischen Volksmedizin stammende Cao Gio wurde bereits in ► Kap. 4.1.7 dargestellt. Wenn das Reiben der Haut in Verbindung mit heißem Öl erfolgt, kann es neben der Hämatombildung auch zu thermischen Verletzungen kommen.

Literatur

ABFO (American Board of Forensic Odontology-www.abfo.org) (2015) ABFO Bitemark Methodology Standards and Guidelines. In: Diplomates Reference Manual, S94–104. www.abfo.org/resources/abfo-manual/

Abraham J, Plourde B, Vallez L, Stark J, Diller KR (2015) Estimating the time and temperature relationship for causation of deep-partial thickness skin burns. Burns; http://dx.doi.org/10.1016/j.burns.2015.06.002

Banaschak S, Madea B (2007) Kindesmisshandlung. In: Madea B (Hrsg.) (2007) Praxis Rechtsmedizin, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 265–276

Bilo RAC, Oranje AP, Shwayder T, Hobbs CJ (2013) Cutaneous Manifestations of Child Abuse and their Differential Diagnosis. Springer Verlag, Heidelberg

Brinkmann B, Banaschak S (1998) Verbrühungen bei einem Kleinkind. Unfall oder Kindesmißhandlung? Monatsschr Kinderheilkd 146: 1186–1191

Carpenter RE (1999) The prevalence and distribution of bruising in babies. Arch Dis Childhood 80: 363–366

Carpenter SL, Abshire TC, Anderst JD and the Section on Hematology/Oncology and the American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (2013) Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse. (Clinical Report) Pediatrics; 131: e1314–e1322. http://pediatrics.aappublications.org/content/131/4/e1314

Chester DL, Jose RM, Aldlyami E, King H, Moiemen NS (2006) Non-accidental burns in children – Are we neglecting neglect? Burns 32: 222–228

Core Info (April 2015) Systematic Review Bruising. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/bruising – Abruf 30.09.2015

Core Info (März 2015) Systematic Review Burns. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/burns – Abruf 30.09.2015

Core Info (Juni 2015) Systematic Review Bites. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/bites – Abruf 30.09.2015

Fagen KE, Shalaby-Rana E, Jackson AM (2014) Frequency of skeletal injuries in children with inflicted burns. Pediatr Radiol 45: 396–401

Goldberg AP, Tobin J, Daigneau J, Griffith RT, Reinert SE and Jenny C (2009) Bruising frequency and patterns in children with physical disabilities. Pediatrics 124: 604–609

Harper NS, Feldman KW, Sugar NF, Anderst JD, Lindberg DM for the Examining Siblings to Recognize Abuse Investigators (2014) Additional injuries in young infants with concern for abuse and apparently isolated bruises. J Pediatr 165: 383–388

Jones L, Bellis MA, Wood S et al. (2012) Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet 380 (9845): 899–907

Kemp AM, Maguire S A, Sibert J, Frost R, Adams C, Mann M (2006) Can we identify abusive bites on children? Arch Dis Child 91: 951

Kemp AM, Maguire SA, Nuttall D, Collins P, Dunstan F (2014) Bruising in children who are assessed for suspected physical abuse. Arch Dis Child 99: 108–113

Kemp AM, Maguire SA, Lumb RC, Harris SM, Mann MK (2014) Contact, cigarette and flame burns in physical abuse: a systematic review. Child Abuse Rev 23: 35–47

Kemp AM, Jones S, Lawson Z, Maguire SA (2015) Patterns of burns and scalds in children. Arch Dis Child 99: 316–321

Kemp AM, Dunstan F, Nuttall D, Hamilton M, Collins P, Maguire S (2015) Patterns of bruising in preschool children – a longitudinal study. Arch Dis Child 100: 426–31

Maguire SA, Mann MK, Sibert J, Kemp A (2005a) Are there patterns of bruising in childhood which are diagnostic or suggestive of abuse? A systematic review. Arch Dis Child 90: 182–186

Maguire SA, Mann MK, Sibert J, Kemp A (2005b) Can you age bruises accurately in children? A systematic review. Arch Dis Child 90: 187–189

Maguire SA, Moynihan S, Mann M, Potokar T, Kemp AM (2008) A systematic review of the features that indicate intentional scalds in children. Burns 34: 1072–1081

Maguire S, Mann M (2013) Systematic reviews of bruising in relation to child abuse – what have we learnt: an overview of review updates. Evid Based Child Health 8:255–263

Mimasaka S, Ohtani M, Kuroda N, Tsunenari S (2010) Spectrophotometric evaluation of the age of bruises in children: measuring changes in bruise color as an indicator of child physical abuse. Tohoku J Exp Med 220: 71–175

Nayak K, Spencer N, Shenoy M et al. (2006) How useful is the presence of petechiae in distinguishing non-accidental from accidental injury? Child Abuse Negl 30: 549–555

Pierce MC, Kaczor K, Aldridge S, O'Flynn J, Lorenz DJ (2010) Bruising characteristics discriminating physical child abuse from accidental trauma. Pediatrics 125: 67–74

Schultes A, Lackner K, Rothschild MA (2007) »Scalping«. Mögliches Phänomen der Kindesmisshandlung. Rechtsmedizin 17:318–320

Sugar NF, Taylor J, Feldman K (1999) Bruises in infants and toddlers: Those who don't cruise rarely bruise. The Puget Sound Pediatric Research Network. Arch Pediatr Adolesc Med 153: 399–403

Sperhake J, Gehl A (2001) Cao Gio – Kindesmisshandlung oder Heilbehandlung? Rechtsmedizin 11: 101–103

Titus MO, Baxter AL and Starling SP (2003) Accidental scald burns in sinks. Pediatrics 111: e191–e194

Wibbenmeyer L, Liao J, Heard J et al. (2014) Factors related to child maltreatment in children presenting with burn injuries. J Burn Care Res 35: 374–381

Knochenverletzungen

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_5, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Knöcherne Verletzungen gehören zu den ersten Manifestationen, die mit einer Kindesmisshandlung in Verbindung gebracht wurden. Frühe Beschreibungen multipler und unerwarteter Frakturen bei verletzten Kindern stammen von A. Tardieu (1860) und J. Caffey (1946) (▶ Kap. 1). Bei Henry Kempe waren sie 1962 ein integraler Bestandteil der medizinischen Diagnose einer Misshandlung. Von ihm stammt die Aussage (1962):

> » To the informed physician, the bones tell a story the child is too young or too frightened to tell.

5.1 Überblick, Epidemiologie und Evidenz

Systematische Reviews von 91 eingeschlossenen aus 540 untersuchten Studien durch die Waliser Arbeitsgruppe »Core Info«, darunter einer ganzen Reihe neuerer Querschnitts- und Fall-Kontrollstudien, erlauben mittlerweile valide statistische Schlussfolgerungen, einschließlich Metaanalysen. Sie bestätigen die hohe Assoziation von Frakturen bei jungen Kindern, v. a. < 18 Monaten, und multiplen Frakturen mit Kindesmisshandlungen. Nach Schätzungen beruhen etwa 8–12% aller Frakturen bei Kindern und 12–20% aller Frakturen bei Säuglingen und Kleinkindern auf einer Misshandlung, etwa jede 2.–4. Fraktur im 1. Lebensjahr, darunter wiederum die meisten bei prämobilen Säuglingen in einem Alter unter 4 Monaten. Misshandlungsbedingte Frakturen betreffen überwiegend Kinder unter 3 Jahren: 55–70% werden bei Kindern unter einem Jahr gefunden, 80% bei Kindern unter 18 Monaten. Akzidentelle Frakturen hingegen betreffen häufiger ältere Kinder. Sie werden zu 2% bei Kindern unter 18 Monaten beobachtet, zu 85% hingegen bei über 5-jährigen Kindern. Grundsätzlich korrelieren abnehmendes Alter und abnehmende Mobilität mit einer Zunahme der Wahrscheinlichkeit, dass eine Misshandlung zugrunde liegt. Letzteres ist nicht auf Kinder mit körperlichen Behinderungen und Immobilität übertragbar, da eine zunehmende Osteoporose in Verbindung mit Kontrakturen die Frakturneigung begünstigt. Über 50% der misshandelten Kinder weisen eine oder mehrere Frakturen auf, im Schnitt mehr als 3 pro Kind: zu 60% 3 oder mehr Frakturen, zu 20% 2 Frakturen. Bei Unfällen kommt es dagegen in 80% der Fälle zu einer singulären Fraktur, in 19% der Fälle zu 2 Frakturen.

Etwa 40% der Frakturen sind klinisch unerwartet (»Zufallsbefunde«) und ohne adäquate Anamnese hochverdächtig. Es liegt eine hohe Koinzidenz mit anderen Misshandlungsformen vor. Insbesondere Opfer nichtakzidenteller Schädel-Hirn-Verletzungen weisen zusätzliche Frakturen auf. Caffeys Empfehlung aus den 40er Jahren des letzten Jahrhunderts, dass bei der Diagnose von unerwarteten Frakturen der langen Röhrenknochen die Möglichkeit subduraler Hämatome in Betracht gezogen werden sollte, hat nichts an Aktualität eingebüßt.

5.2 Allgemeine Kennzeichen, klinische Konstellationen

Frakturen sind meist Folge einer massiven stumpfen Gewalteinwirkung mit Überschreiten der Biegungselastizität der Knochenstruktur. Alternativ können sie durch Scherkräfte entstehen, die an den Metaphysen zu Abscherfrakturen führen oder zu einer Ablösung des Periosts von der Diaphyse (periostale Reaktion).

> **Frakturen bedeuten besonders gewalttätige Misshandlungen, da sie erhebliche Kräfte erfordern.**

Es gibt unterschiedliche klinische Szenarien, die zu einem Misshandlungsverdacht führen können:
- Ein Kind kommt mit Verdacht auf eine Fraktur in die Klinik.
- Ein Kind wird aus einem anderen Grund ambulant oder stationär behandelt, und im Rahmen der Untersuchungen (z. B. Röntgenthorax bei Pneumonieverdacht) wird als Zufallsbefund eine Fraktur festgestellt.
- Bei der Verdachtsabklärung einer Kindesmisshandlung finden sich im Rahmen des radiologischen Skelettscreenings klinisch unerwartete ältere Frakturen.

Beurteilung einer Fraktur

Nach der Diagnosestellung und der Einleitung der entsprechenden Therapiemaßnahmen folgt die

Plausibilitätsprüfung, wie sie bei allen kindlichen Verletzungen erfolgen sollte: Ist die Entstehung der Fraktur durch den angegebenen Mechanismus tatsächlich möglich? Dabei bedeutet »möglich« nicht automatisch auch »plausibel« oder wahrscheinlich. Bei der Beurteilung sind die Verletzungslokalisationen ebenso wichtig wie die Anzahl und das Alter etwaiger multipler Frakturen oder weiterer vorliegender Verletzungen. Zu berücksichtigen sind dabei unterschiedliche Heilungscharakteristika in verschiedenen Altersstufen (vgl. ► Kap. 5.5). Entscheidend bei der Beurteilung der Plausibilität sind die tatsächlichen Fähigkeiten eines Kindes, den geschilderten Unfallmechanismus herbeiführen zu können.

Die Mehrzahl misshandlungsbedingter Frakturen weist keine assoziierten Weichteilverletzungen und insbesondere keine äußerlich erkennbaren Hämatome auf. Fehlt ein plausibler Unfallmechanismus, haben multiple Frakturen in unterschiedlichen Heilungsstadien (Abb. 5.1), metaphysäre Frakturen, Rippenfrakturen und Frakturen bei Säuglingen, insbesondere unter vier Monaten, die höchste Aussagekraft bezüglich einer zugrundeliegenden Misshandlung.

Vernachlässigungen

Weiterhin ergibt sich bei Hinweisen auf unterschiedlich alte Verletzungen die Frage, inwieweit diese behandelt wurden oder nicht. Hieraus kann sich unter Umständen die Diagnose einer Vernachlässigung durch mangelnde Beaufsichtigung des Kindes als (mittelbare) Verletzungsursache oder die einer mangelnden Gesundheitsfürsorge durch fehlende Behandlung ergeben. Auch wenn mit der Zahl unerwarteter Verletzungen eines Kindes die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung steigt, darf man nie aus den Augen verlieren, dass auch ein misshandeltes Kind durchaus eine tatsächlich unfallbedingte Fraktur aufweisen kann. Tab. 5.1 und Tab. 5.2 weisen auf generelle Verdachtsmomente bei Frakturen hin.

Eine Einteilung der unterschiedlichen Spezifität der verschiedenen Frakturlokalisationen und -arten zur Unterscheidung akzidenteller und nichtakzidenteller Verletzungen ist in Tab. 5.2 zusammengefasst.



Abb. 5.1 Mehrzeitige Frakturen: frische Fraktur des Oberarms und ältere Unterarmfraktur mit Kallusbildung

Tab. 5.1 Allgemeine Verdachtsmomente bei Frakturen

Kind	Jünger als 1 Jahr
	Keine adäquate Anamnese
	Kein Hinweis auf Knochenerkrankung
Frakturcharakteristika	Multiple, unterschiedlich alte Frakturen
	Bestimmte Frakturlokalisationen (s. unten)
	Bestimmte Frakturarten (s. unten)

Tab. 5.2 Spezifität von radiologischen Befunden für ihre nichtakzidentelle Entstehungsweise[1]

Hoch (hochverdächtig)	Mittel (verdächtig)	Niedrig (möglich)
Klassische metaphysäre Frakturen (unter 2 Jahren)	Multiple Frakturen, v. a. bilateral Frakturen in verschiedenen Heilungsstadien	Einfache, lineare Schädelfrakturen
Rippenfrakturen	Einzelfrakturen und weitere Misshandlungshinweise	Diaphysäre Schaftfrakturen[3]
	Komplexe Schädelfrakturen[2] (Sturzhöhe unter 1,5 m)	Meta- und epiphysäre Frakturen bei älteren Kindern
Sternumfrakturen	Beckenfrakturen, Wirbelkörperfrakturen	Klavikulafrakturen (v. a. in Schaftmitte)
Skapula-, Schulterfrakturen	Fuß-, Hand-, Fingerfrakturen	
Wirbelfrakturen (Dornfortsätze)	Epiphysäre Ablösungen	

1 Gesundes Kind, keine plausible Anamnese
2 Insbesondere bei begleitenden intrakraniellen Verletzungen
3 Statistisch häufiger bei Misshandlung, aber wenig spezifisch

5.3 Typische Anamnesen und Schutzbehauptungen

Bei der Plausibilitätsprüfung einer Fraktur finden sich in vielen Fällen einige typische anamnestische Erklärungsmuster, im juristischen Sprachgebrauch als »Einlassungen« bezeichnet. Diese sollen an dieser Stelle aufgrund ihrer Stereotypie kommentiert werden. Auch ungewöhnlich erscheinende Erklärungen müssen auf ihre Plausibilität überprüft werden (▶ Kap. 5.8).

Eine auffallende Modifikation der elterlichen Aussagen an die medizinischen Feststellungen und die ärztlichen Mitteilungen ist ein Warnsignal.

▪ Sturz vom Wickeltisch

Unkomplizierte Stürze vom Wickeltisch ereignen sich, wenn das Kind in der Lage ist, sich selbst zu drehen oder auf andere Weise fortzubewegen. Wenngleich seltener, ist dies auch bei kleinen Säuglingen durch plötzliche Propulsionsbewegungen möglich. Generell führen diese Stürze jedoch in der weit überwiegenden Zahl der Fälle nicht zu bedeutsamen Verletzungen wie etwa komplexen Frakturen oder signifikanten intrakraniellen Verletzungen. Möglich sind einfache Schädelbrüche, selten Humerusfrakturen bei Sturz auf einen Gegenstand oder Frakturen der Klavikulaschaftmitte bei Sturz auf eine Körperseite. Die übliche Wickeltischhöhe beträgt 85–100 cm. Aus zahlreichen Studien »echter« (durch unabhängige Zeugen beobachteter) Stürze ist bekannt, dass es bei Sturzhöhen bis 150 cm in 3–5% zu einfachen linearen parietalen Schädelfrakturen kommt und in weit unter 1% zu unkompliziert verlaufenden kleinen subduralen Hämatomen ohne Folgeschäden. Nur sehr selten gehen parietale Frakturen mit einem unter Umständen letal verlaufenden epiduralen Hämatom einher, was dann aber auch gelegentlich schon bei geringer Sturzhöhe möglich ist.

▪ Einklemmen einer Extremität zwischen Gitterstäben

Bei entsprechender Mobilität können sich Kinder mit den Extremitäten zwischen Gitterstäben verfangen. Dies führt jedoch nicht per se zu einer Verletzung. Frakturen durch Drehung um die eigene Achse oder sonstige eigene Bewegungen wurden bislang nicht durch unabhängige Zeugen verbürgt beschrieben. Weder ist dies aufgrund der Schmerzentwicklung plausibel, noch ist bei prämobilen kleinen Säuglingen eine ausreichende mechanische Kraftentwicklung zu erwarten. Ebenso wenig ist jemals dokumentiert, dass ein prämobiler Säugling aus eigener Kraft durch Herumrollen seines Kör-

pers den eigenen Humerus frakturieren kann. Der geschilderte Verletzungsmechanismus wird auch bei Kindern mit Bewegungsstörungen, Zerebralparese oder Anfallsleiden angegeben. Auch wenn das Auftreten von Frakturen aufgrund der oft bestehenden Osteoporose begünstigt wird, sollte an eine körperliche Misshandlung gedacht werden.

Treppenstürze

Ein Treppensturz gliedert sich in den Initialsturz und eine nachfolgende Zahl niedriger Sturzhöhen von den Treppenstufen selbst. Typischerweise finden sich Hämatome und Hautabschürfungen an sturzexponierten Stellen (▶ Kap. 4.1.3). Frakturen bedürfen in der Regel besonderer Umstände (z. B. Fall aus dem Arm eines Erwachsenen mit einer höheren Sturzhöhe zu Beginn). Schädelfrakturen finden sich nur in etwa 2%. Für Femurfrakturen durch Treppenstürze ist ein umfassendes Scoringsystem zur Beurteilung der Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung entwickelt worden (Pierce 2005; ▶ Anhang). Mehrfache Frakturen, intrakranielle Verletzungen oder schwere, komplexe Schädelfrakturen sind suspekt und sehr selten das Resultat eines einfachen Treppensturzes. Deutlich gravierender sind jedoch Treppenstürze in sog. Lauflernhilfen (»Gehfrei«, »Babywalker«), in denen sich das Kind halb sitzend strampelnd selbst vorwärts bewegen kann. Hier steigt durch die nicht unbeträchtliche Geschwindigkeit von bis zu 10 km/h die kinetische Energie erheblich. Die erhöhte Mobilität erhöht deutlich das Risiko, in gefährliche Situationen wie Treppenstürze zu geraten. Insbesondere das Risiko einer Schädelfraktur steigt auf bis zu 50%. Neben den unfallpropädeutischen Argumenten sollte Eltern auch aus orthopädischen und motorischen Gründen dringend von der Nutzung dieser Gerätschaften abgeraten werden, die pro Jahr in Deutschland für etwa 6.000 Unfälle verantwortlich sind.

»Spontanfrakturen«

In Einzelfällen wird von den Betreuungspersonen angegeben, dass es keinen besonderen Vorfall gegeben habe. Der entsprechende Körperteil (z. B. der Oberschenkel) sei »plötzlich« (oder auch am Morgen beim Aufnehmen des Kindes) dick geworden und das Kind habe geweint. Bei einem knochengesunden Kind ist dieser Ablauf auszuschließen und selbst bei Vorliegen von Knochenerkrankungen suspekt (Differenzialdiagnosen: vgl. ▶ Kap. 5.8; Diagnostik: ▶ Kap. 2).

Unwahrscheinliche Angaben zu Geschehensabläufen sollten generell zunächst nicht kommentiert werden, um keine Aussage zu »induzieren«.

5.4 Skelettuntersuchungen in Verdachtsfällen

Röntgenskelettscreening

Stellenwert und Durchführung des Röntgenskelettscreenings (◘ Tab. 5.3) bei Verdacht auf eine Kindesmisshandlung wurden bereits in ▶ Kap. 2 erläutert. Neben dem generellen Screening müssen bei entsprechendem klinischen Verdacht einzelne, gezielte Röntgenaufnahmen in zwei Ebenen durchgeführt werden.

Keine Methode identifiziert für sich alleine alle Misshandlungsfrakturen. Das Röntgenskelettscreening ist Methode der Wahl. Eine Skelettszintigrafie ist als alleinige diagnostische Maßnahme obsolet, erhöht als komplementäre Untersuchung jedoch signifikant die Ausbeute diagnostizierter Frakturen. Ein »Babygramm« (komplettes Röntgen auf einer Platte) ist kontraindiziert (◘ Tab. 5.4).

Die im ▶ Kap. 2.3 angeführten Empfehlungen zur Entscheidungsfindung (vgl. ◘ Tab. 2.3), zur Durch-

◘ Tab. 5.3 Röntgenskelettscreening bei Verdacht auf Kindesmisshandlung[1]

Eine Ebene[2]	Zwei Ebenen
Beide Arme und Beine a.p. (einzeln!), Hände und Füße p.a.	Schädel
Thorax a.p.[3]	Wirbelsäule
Beckenübersicht a.p.	

[1] Vgl. Diagnostic Imaging der AAP 2009, ACR Guidelines 2012, GPR 2011.
[2] Gefundene Frakturen in zwei Ebenen röntgen.
[3] Cave: Etwa 50% frischer Rippenfrakturen werden übersehen: ergänzende Schrägaufnahmen, Wiederholung nach 14 Tagen oder primäre Szintigrafie.

5

Tab. 5.4 Gegenüberstellung der Vor- und Nachteile von konventionellem Röntgen und Skelettszintigrafie. (Mod. n. Sorantin 2002)

Merkmale	Röntgen	Szintigrafie
Sensitivität	Hoch	Hoch
Spezifität	Hoch	Niedrig
Beurteilbarkeit der Metaphysen	Gut	Keine Aussage[1]
Beurteilbarkeit von Schädelfrakturen	Gut	Schlecht
Darstellung akuter Rippenfrakturen	Mäßig, eher bei Kallusbildung	Gut, bereits nach 24–48 h
Sedierung	Selten bis nie	Häufig
Dosis Gonaden	Sehr niedrig	Niedrig
Dosis Metaphysen	Sehr niedrig	Mittel
Notwendigkeit des Nachröntgens positiver Befunde	Gelegentlich (2. Ebene)	Immer
Verfügbarkeit	Hoch	Niedrig
Zusatzaufnahmen	Selten notwendig	Immer notwendig
Altersabschätzung	Oft möglich	Nicht möglich
Kosten	Niedrig	70–300% höher
Untersucherabhängigkeit	Mittel	Hoch
Einfluss technischer Faktoren auf die Ergebnisqualität	Mittel	Hoch

[1] Metaphysen im Wachstumsalter reichern immer an – daher keine Darstellung von Frakturen.

führung eines Kontrollscreenings nach 11–14 Tagen sowie zu einem Geschwisterscreening sind zu beachten.

Beurteilung der Röntgenbilder

Die Beurteilung muss immer durch einen erfahrenen Radiologen, vorzugsweise einen Kinderradiologen, erfolgen. Aufgrund der erheblichen rechtlichen, medizinischen und psychosozialen Implikationen empfiehlt es sich in Zweifelsfällen, eine Zweitmeinung einzuholen. Dies sollte im Vorfeld erfolgen und nicht erst im Rahmen der weiteren jugendamtlichen, polizeilichen oder staatsanwaltschaftlichen Interventionen oder Ermittlungen.

Weitere diagnostische Methoden

Neue Ansätze ergeben sich mit dem Einsatz hochauflösender Ultraschallköpfe zur Identifizierung subperiostaler Hämatome und subtiler diaphysärer Frakturen sowie dem Einsatz einer Ganzkörper-MRT, wodurch die Ausbeute der im konventionellen Röntgenbild oft subtilen metaphysären Frakturen deutlich verbessert wird. Die CT hat lediglich bei der Darstellung des knöchernen Schädels Vorteile, sollte aufgrund der Strahlenbelastung jedoch sehr zurückhaltend eingesetzt werden.

5.5 Frakturdatierung

Die Altersbestimmung einer Fraktur wäre wünschenswert, um durch die zeitliche Einordnung ggf. eine Zuordnung zu einem verursachenden Ereignis zu ermöglichen. Eine zeitlich exakte Zuordnung ist aber nach der derzeitigen Datenlage nicht möglich. Der Heilungsverlauf von Frakturen ist ein Kontinuum, das zwar Gesetzmäßigkeiten unterliegt, jedoch variabel verläuft. Die Festlegung auf eine mit an Sicherheit grenzende Wahrscheinlichkeit, wie dies in einem Strafverfahren erforderlich

Tab. 5.5 Heilungsstadien bei Frakturen (detailliert bei Core Info 2015)

Induktionsphase	Trauma bis erste Knochenbildung, Höhepunkt 4–10 Tage, max. 10–21 Tage	Initiale inflammatorische Reaktion: Schmerzen, Schwellung; radiologisch Weichteilschwellung
Faser- bzw. Füll-Kallus-Phase (»Soft Callus«), radiologisch sichtbar	Ab 7–10 Tage (Säuglinge) 10–14 Tage (ältere Kinder)	Beginn subperiostaler Knochenneubildung; repetitive Traumata ab 7 Tage posttraumatisch verstärken Kallusbildung
Knochen-Kallus-Phase (»Hard Callus«)	Ab 14–21 Tage	Umbau von subperiostalem und endostalem Kallus zu lamellärem Knochen
Remodellierungsphase	Ab 3 Monate bis > 1 Jahr	Graduelle Wiederherstellung der ursprünglichen Knochenstruktur

Die Angaben beruhen auf Studien mit immobilisierten Frakturen; der Heilungsverlauf von bewegten Frakturen (z. B. Rippenbrüche, wiederholte Misshandlungen) kann davon abweichen.

Tab. 5.6 Datierung von Heilungsstadien bei Frakturen

Befund	Zeitrahmen
Weichteilschwellung Ödem, Blutung, sichtbare Frakturlinie/-fragmente	0–10 Tage
Knochenszintigraphie Positiv	Frühestens ab 7 Stunden, immer nach 24–48 Stunden
Subperiostale Knochenneubildung (»Soft Callus«)	Höhepunkt 10–14 (max. 21) Tage, Neugeborene bereits ab 4–7 Tagen
Periostale Knochenneubildung Kalzifizierter Kallus, Frakturlinie prominenter durch Resorption, Fragmente besser sichtbar	Frühestens ab 14, meist ab 28 Tagen, Dauer bis 8 Wochen
Unvollständige Überbrückung der Frakturlinie	Ca. 3 Wochen
Vollständige Überbrückung der Frakturlinie	Meist nach 10 Wochen
Periostal neugebildeter Knochen Kallus verschmilzt mit Knochen (»Hard Callus«), Frakturlinien verschwinden	Über 8 Wochen

wäre, ist nicht möglich. Dennoch kann auch die näherungsweise Benennung bestimmter Zeitfenster, mit einer ungefähren Datierung von Frakturen, hilfreich sein.

Grobe zeitliche Einordnungen sind in Tab. 5.5 und Tab. 5.6 zusammengefasst. Dabei sind bei misshandelten Kindern bestimmte Besonderheiten zu beachten: Betroffen sind meist jüngere Kinder, die eine eher schnellere Frakturheilung aufweisen. Oft handelt es sich jedoch um wiederholte Misshandlungen, die eine Störung der Knochenheilung bewirken können. So führen wiederholte subperiostale Einblutungen zu verstärkter Kallusbildung. Häufig kommt es durch verzögerte Vorstellung beim Arzt zu einer verzögerten Therapie und damit zu weiteren Störungen der Knochenheilung (Abb. 5.2). Für die Frakturheilung bei immobilisierten, behinderten Kindern liegen keine Daten vor.

Bei Schädelfrakturen ist keine Kallusbildung zu beobachten; sie sind somit nicht zu datieren. Einen Hinweis können aber begleitende Weichteilverletzungen geben.



Abb. 5.2 Unversorgte, ältere Humerusfraktur mit schlechter Frakturstellung und deutlicher Kallusbildung, vermutlich repetitives Trauma

5.6 Frakturarten

Bestimmte Frakturarten sind im Kindesalter bei Unfällen derart ungewöhnlich, dass sie schon per se einen hochgradigen Verdacht auf eine Kindesmisshandlung gestatten. Dies trifft insbesondere für die metaphysären Frakturen und Rippenfrakturen zu.

5.6.1 Metaphysäre und epiphysäre Frakturen

Nach Ausschluss eines schweren Unfalls und seltener, nichttraumatischer Differenzialdiagnosen sind metaphysäre und epiphysäre Frakturen bei Säuglingen und jungen Kleinkindern nahezu pathognomonisch für eine Misshandlung. Sie werden bei Unfällen im Kleinkindesalter nur in sehr seltenen Ausnahmefällen gefunden und erfordern erhebliche Schleuder- und Scherkräfte, wie sie für das Schütteltrauma typisch sind. Auch morphologisch unterscheiden sie sich von den bei älteren Kindern gefundenen akzidentellen epi- und metaphysären Frakturen. Typisch sind Eckfrakturen, Korbhenkelfrakturen und lineare, nicht dislozierte metaphysäre Frakturen und Epiphyseolysen (Abb. 5.3). In absteigender Reihenfolge werden sie am häufigsten an der Tibia, am distalen Femur und am proximalen Humerus nachgewiesen. Im englischen Sprachgebrauch werden die metaphysären Frakturen oft als CML (»Classic metaphyseal lesion«) bezeichnet.

Bei metaphysären Frakturen handelt es sich nicht um periostale oder knöcherne Ab- oder Ausrisse, wie insbesondere bei den Eckfrakturen immer wieder fälschlich angenommen wird. Diese Begriffe sollten terminologisch vermieden werden!

Histologisch wurden multiple subphyseale Mikrofrakturen an der Verbindung zwischen Metaphyse und Epiphysenfuge (chondro-ossärer Übergang, Abb. 5.4) nachgewiesen, die auf die Schleuder- und Rotationskräfte zurückgeführt werden. Sie verlaufen parallel zur Wachstumsfuge und damit quer zur

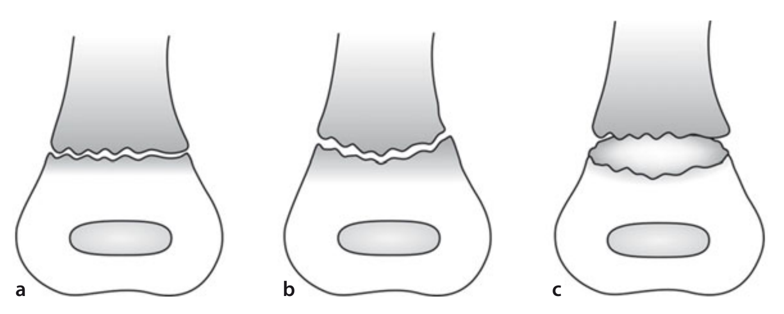


Abb. 5.3 Schematische Darstellung der Typen metaphysärer Frakturen. **a** nicht disloziert, **b** Eckfraktur, **c** Korbhenkelfraktur

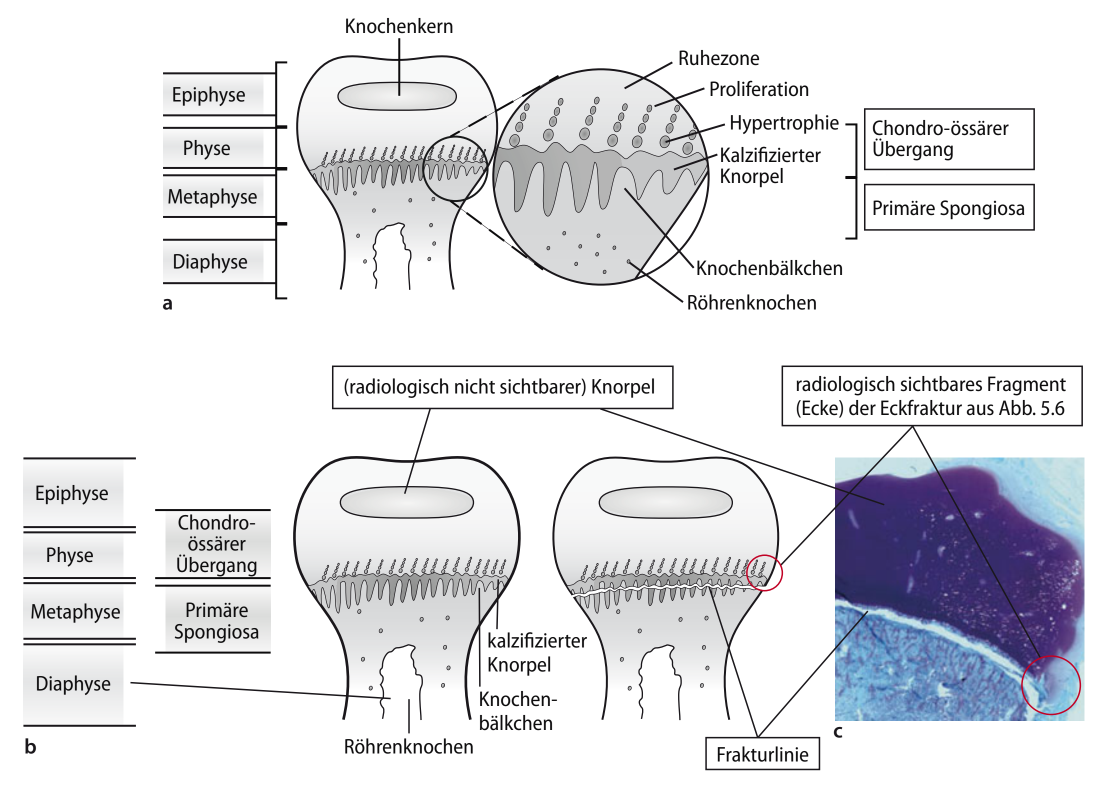


Abb. 5.4a–c Schematische Darstellung der mikroskopischen Feinstruktur einer metaphysären Fraktur. **a** Knochenbälkchen der primären Spongiosa mit starker Vulnerabilität bei Schleuderbewegungen. **b** Komplette Fraktur der Metaphyse; radiologisch sichtbar hier nur das laterale Fragment (Abb. 5.6). **c** Histologisch dargestellte komplette metaphysäre Querfraktur. (Aus Delling 2008)

Knochenlängsachse. Mikroskopisch finden sie sich im Bereich der primären Spongiosa, wo parallel zur Knochenlängsachse verlaufende Knochenbälkchen den Übergang des knöchernen zum knorpeligen Anteil der Metaphyse kennzeichnen (Abb. 5.4). Diese brechen bei Schleuderbewegungen durch Fliehkräfte und durch das Gewicht des knorpeligen Anteils (Epiphyse) in einer Serie planer Mikrofrakturen.

Den der Verletzung zugrunde liegenden Mechanismus muss man sich als Krafteinwirkung horizontaler Bewegungen durch die Metaphyse vorstellen. Der Charakter der metaphysären Fraktur als eine »Scheibe« mit einem breiten dünnen Zentrum und einem dicken zirkulären Rand wird oft erst bei einer horizontalen Abkippung des der Epiphysenfuge anliegenden metaphysären Fragmentes deutlich. Der erst dann sichtbare Frakturspalt führt zum radiologischen Bild einer Korbhenkelfraktur (»Bucket handle fracture«, Abb. 5.3 und Abb. 5.7). Üblicherweise ist der mittlere Anteil als Frakturspalt jedoch aufgrund des Röntgenstrahlenverlaufs nicht sichtbar. Lediglich das laterale Fragment imponiert als einzig sichtbarer Anteil der dislozierten distalen metaphysären »Scheibe« und wird demnach als Eckfraktur sichtbar (»Corner fracture«, Abb. 5.5 und Abb. 5.6). Sie heilen oft ohne ausprägte Kallusbildung und können nach 4–8 Wochen radiologisch nicht mehr identifizierbar sein.

5.6.2 Periostale Reaktionen

Vornehmlich bei Säuglingen finden sich nach Misshandlungen sog. periostale Reaktionen (»Bone

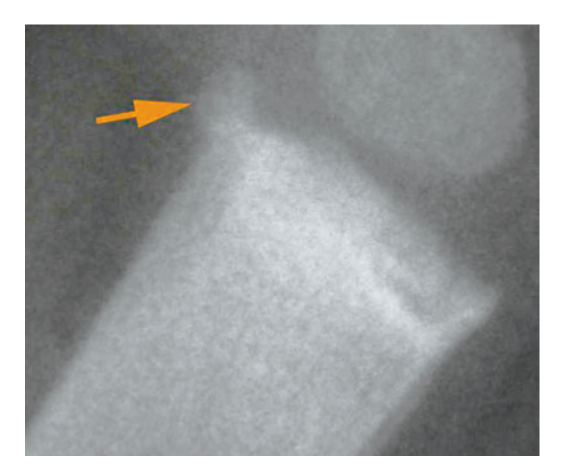


Abb. 5.5 Klassische metaphysäre Eckfraktur (»Corner Fracture«, Pfeil)

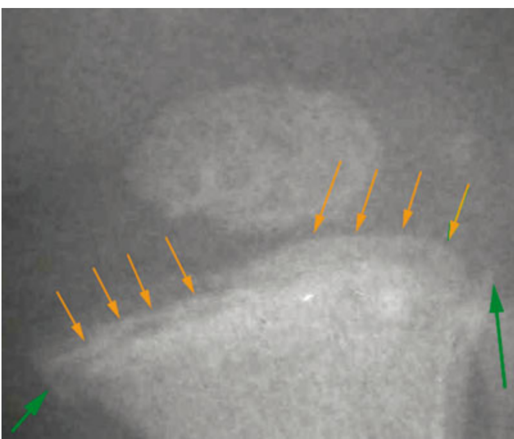


Abb. 5.7 »Bucket-Handle-« oder Korbhenkel-Variante der metaphysären Frakturen (orangefarbene Pfeile) mit den sich als Eckfrakturen darstellenden Randanteilen (grüne Pfeile)

bruising«). Durch Rotations- und Scherkräfte kommt es zu einer Ablösung und subperiostalen Unterblutung des diaphysär lose anliegenden, metaphysär aber fest fixierten Periostes. Dabei muss es nicht zu einer diaphysären Fraktur kommen. Radiologisch sichtbar wird dies erst bei subperiostaler Knochenneubildung (»subperiostal new bone formation«) 5–10 Tage nach dem Trauma, szintigrafisch und sonografisch deutlich früher.

Periostale Reaktionen werden im Zusammenhang mit einem Schütteltrauma beobachtet und müssen von der symmetrischen, breiteren lateralen Zonen der langen Röhrenknochen abgegrenzt werden, die bei Säuglingen physiologisch sind (Abb. 5.8). Auch im Bereich metaphysärer Frakturen kann eine erhebliche Kallusbildung erfolgen, die im MRT und sonografisch darstellbar ist (Abb. 5.9a,b).

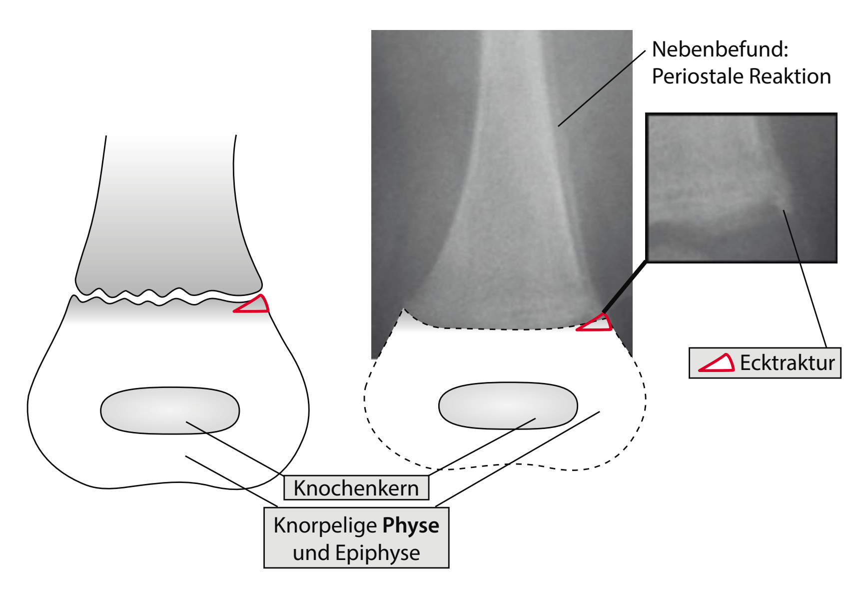


Abb. 5.6 Schematische Darstellung metaphysärer Fraktur und röntgenologisches Korrelat

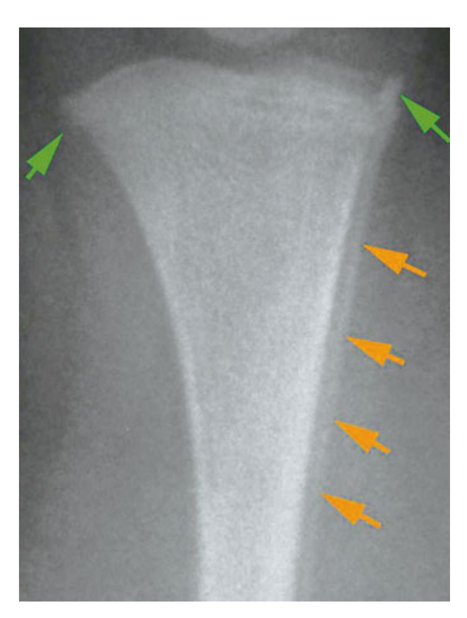


Abb. 5.8 Periostale Reaktion (orangefarbene Pfeile) und zwei metaphysäre Eckfrakturen (grüne Pfeile)

5.6.3 Diaphysäre Frakturen

Auch wenn bei misshandelten Kindern diaphysäre Frakturen häufiger als metaphysäre Frakturen gefunden werden, weisen sie im Hinblick auf eine Kindesmisshandlung bzw. Fremdbeibringung eine geringe Spezifität auf. Im Gegensatz zu metaphysären Frakturen sind akzidentelle Mechanismen möglich. Im Einzelfall muss immer die Plausibilität der Frakturentstehung hinsichtlich der Anamnese geprüft werden. Ausnahme sind diaphysäre Frakturen bei kleinen, nicht mobilen Säuglingen, bei denen eine akzidentelle Genese sehr selten ist.

5.6.4 Frakturtyp: Spiralfrakturen nicht verdächtiger

Spiralfrakturen betreffen die langen Röhrenknochen, typisch sind Spiralfrakturen an Humerus (Abb. 5.10) und Femur. Sie entstehen durch eine Drehbewegung, die die Elastizität und Biegungsfestigkeit des Knochens übersteigt. Die häufig vertretene Meinung, dass Spiralfrakturen per se mit größerer Wahrscheinlichkeit auf einer Misshandlung beruhen, lässt sich nicht durch Daten belegen. Manche Studien zeigen sogar mehr transverse Frakturen bei Misshandlungen (Murphy et al. 2015). Kein Frakturtyp lässt per se eine Unterscheidung zwischen Unfall und Misshandlung zu, die Frakturmorphologie resultiert aus der Richtung der einwirkenden Kraft und nicht, wer oder was diese Kräfte hervorruft.

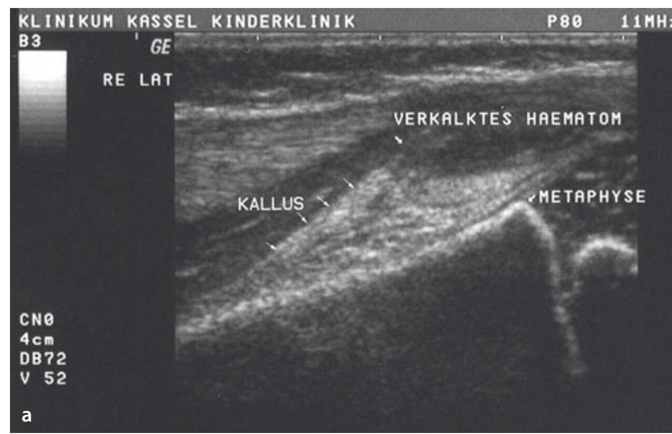




Abb. 5.9a,b Sechs Wochen alter Säugling, 2–3 Wochen nach Trauma: metaphysäre Eckfraktur des distalen Femur mit deutlicher Kallusbildung. **a** Sonografie, **b** MRT (Pfeil: Kallusbildung)



Abb. 5.10 Humerusspiralfraktur durch Misshandlung



Abb. 5.11 Nähtekreuzende Frakturen des knöchernen Schädeldaches mit Nahtsprengungen

5.7 Frakturlokalisation

Nicht allein die Tatsache, dass eine Fraktur vorliegt, sondern auch die Lokalisation der festgestellten Frakturen spielt für die Beurteilung eine wesentliche Rolle. Einige Frakturen haben – in Abhängigkeit vom Alter des Kindes – eine hohe Spezifität für eine Kindesmisshandlung.

5.7.1 Schädelfrakturen

Schädelfrakturen treten häufiger bei Unfällen auf, werden aber auch bei 8–10% der Misshandlungsopfer gefunden. Bei den sog. banalen Stürzen – von Wickeltisch, Bett, Sofa oder aus dem Kinderwagen – bis etwa 150 cm Sturzhöhe kommt es nur in 3–5% zu einfachen linearen parietalen Frakturen. Ein Alter unter 18 Monaten ist im Gegensatz zu allen anderen Frakturtypen im Kontext einer Misshandlung keine hilfreiche diskriminierende Variable. Der positive prädiktive Wert einer Schädelfraktur für eine Misshandlung beträgt 20,1% (95% KI 13,3–26,9). Die orientierenden Charakteristika unfallbedingter und misshandlungsbedingter Schädelbrüche sind in Tab. 5.7 zusammengefasst. Die Datenlage bezüglich komplexer Frakturen ist uneinheitlich, in einigen Studien werden sie häufiger bei Misshandlungen gefunden, ebenso wie multiple nähtekreuzende Frakturen mit weitem Bruchspalt, da sie höhere einwirkende Kräfte bedeuten (Abb. 5.11). Eine eindeutige Assoziation lässt sich jedoch außer zu den signifikant häufigeren multiplen Frakturen nicht mehr aufrecht erhalten. Auch für Impressionsfrakturen, diastatische Frakturen (> 3 mm) und nichtparietale Frakturen ist die aktuelle Datenlage weniger eindeutig als früher vermutet (Core Info 2015). Zufällig erfasste, sehr weite, »gesprengte« Schädelnähte in Verbindung mit einem perzentilenüberschreitenden Kopfwachstum sollten an wachsende Hygrome bei rezidivierenden Schütteltraumen denken lassen. Biparietale Schädelfrakturen können das Resultat eines akzidentellen Sturzes auf den Hinterkopf sein.

Schädelbrüche können anhand der knöchernen Veränderungen nicht datiert werden, da keine Kallusbildung erfolgt. Da Schädelbrüche Folge einer direkten Gewalteinwirkung sind, weist eine frische

Tab. 5.7 Orientierende Differenzierung von Schädelfrakturen (CAVE: nach neueren Studien Datenlage uneinheitlich! Vgl. ► Kap. 5.7.1 und Core Info 2015)

Charakteristika der Verletzung	Unfallbedingte Fraktur	Misshandlung (Trend zu …)
Art	Einzeln, linear	Multipel (signifikant), komplex, verzweigt (»Eierschalenfraktur«)
Weite des Bruchspaltes	Schmal (1–2 mm)	Breit (über 3–5 mm), wachsend
Lokalisation	Parietal, ein Schädelknochen betroffen	Okzipital, bilateral, parietal, mehr als ein Schädelknochen betroffen, Nähte kreuzend, Nahtsprengungen
Impression	Isolierte Fraktur; mit klarer Anamnese eines Sturzes auf ein entsprechend geformtes Objekt	Teil eines komplexen Frakturmusters; ausgedehnte, multiple oder unerklärte okzipitale Impressionen
Assoziierte intrakranielle Verletzungen	Ungewöhnlich, außer bei Fallhöhen ab 2–3 m; Einzelfälle sub-/epiduraler Hämatome auch bei geringer Sturzhöhe möglich	Subdurale Hämatome, retinale Blutungen, Parenchymkontusionen, Hirnödem

Fraktur aber in der Regel eine korrespondierende Schwellung der Kopfschwarte auf. Diese ist auch in den bildgebenden Verfahren (Sonografie, CT, MRT) erkennbar und u. U. in der akuten Phase grob zeitlich einzugrenzen.

5.7.2 Rippenfrakturen

Eine sehr hohe Spezifität bezüglich einer Misshandlung weisen Rippenfrakturen, insbesondere Rippenserienfrakturen auf. Im ersten Lebensjahr sind ca. 70%, im zweiten 30% misshandlungsbedingt. Der positive Vorhersagewert (PPV) liegt nach einer älteren retrospektiven Studie (Barsness et al. 2003) bei 95%, nach einer neueren Metaanalyse (Maguire et al. 2013) bei 66% (95% KI 42,5–89,7). Die Odds Ratio beträgt unter 18 Monaten 23,7 (95% KI 9,5–59,2), von 18-48 Monaten 9,1 (95% KI 3,3–25). Rippenfrakturen werden in etwa 90% bei Kindern unter zwei Jahren gefunden. Nicht selten sind sie Zufallsbefunde. Während frühere Studien die Lokalisation zu etwa 80% posterior (Abb. 5.12a,b) beschreiben, liegen sie nach neueren Studien häufiger anterior, beides signifikant häufiger als laterale Rippenfrakturen, die eher bei Unfällen auftreten. Rippenfrakturen werden aufgrund der Elastizität der kindlichen Rippen auch bei schweren Verkehrsunfällen und bei kardiopulmonaler Reanimation (selbst bei einer Osteogenesis imperfecta!) nur sehr selten akzidentell nachgewiesen. Rippenserienfrakturen sind nur infolge schwerer Verkehrsunfälle denkbar, im Einzelfall auch bei Sturz aus großer Höhe.

Bei Misshandlungen beruhen Rippenserienfrakturen zumeist auf Kompressionskräften, die auf den Thorax einwirken, aber nicht auf direkten Schlägen. Daher finden sich auch selten darüber liegende Hämatome. Posterior gelegene Rippenfrakturen sind zumeist paravertebral ausgebildet, da bei der Gewalteinwirkung der posteriore Anteil der Rippe gegen den als Hebel wirkenden Querfortsatz des Wirbels gedrückt wird und über diesem frakturiert (Abb. 5.13).

Lineare, nicht dislozierte Rippenfrakturen werden auf konventionellen a.p.-Röntgenaufnahmen in etwa 50% der Fälle übersehen. Daher sind Kontrolluntersuchungen des Thorax nach zwei Wochen sinnvoll, da in späteren Phasen der Frakturheilung die kugeligen Kallusformationen zumeist gut erkennbar sind. Nach neueren Untersuchungen hat die primär zum Skelettscreening komplementär durchgeführte Skelettszintigrafie eine deutlich höhere Ausbeute.

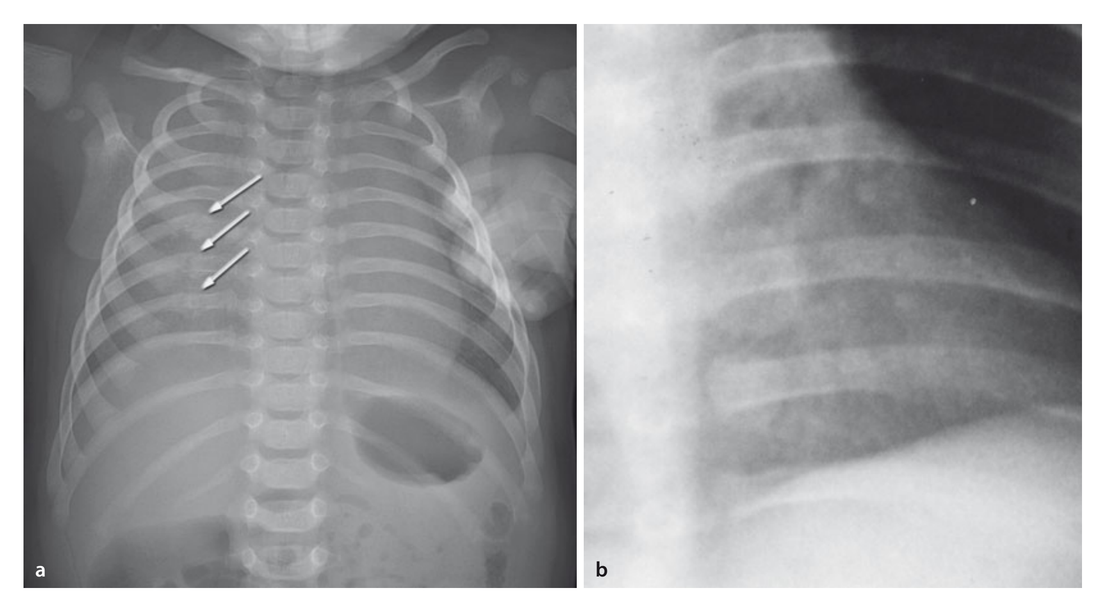


Abb. 5.12a,b **a** Rippenserienfraktur der 6.–8. Rippe rechts (Pfeile). **b** Detail: Typische kugelige Darstellung von Rippenfrakturen mit Kallus

5.7.3 Weitere Frakturen

Humerusfrakturen

Humerusfrakturen werden bei 12–57% misshandelter Kinder gefunden und gehören somit zu den häufigen Misshandlungsfrakturen. Der PPV für Kinder < 18 Monate beträgt 43,8% (95% KI 27,6–59,9), die Odds Ratio 2,3 (95% KI 1,3–4,1). In dieser Altersklasse ist somit die Wahrscheinlichkeit einer Misshandlung deutlich höher als die eines Unfalls ($p < 0{,}001$). Der Oberarm fungiert als klassischer »Griff zum Kind«. Meist finden sich schräge Spiralfrakturen durch Torsionskräfte im mittleren oder oberen Drittel des Schaftes (< 18 Monate in ca. 85% durch Misshandlung). Suprakondyläre Fakturen sind dagegen typische akzidentelle Frakturen. Glatte Frakturen können durch Aufprall auf einem Gegenstand mit Biegung des Knochens über dem Wider-

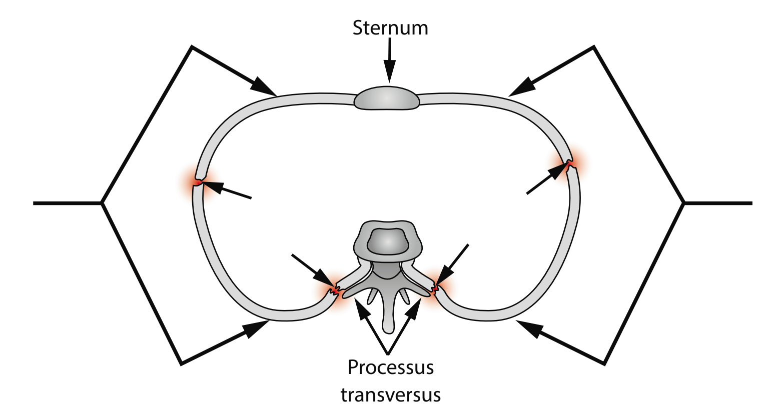


Abb. 5.13 Häufiger Verletzungsmechanismus bei nichtakzidentellen posterioren Rippenfrakturen: Abknicken der Rippen über den Processus transversus als Hebel; zusätzlich sind laterale Kompressionsfrakturen möglich (äußere Pfeile = Kompressionskräfte durch Umfassen des Thorax)

lager entstehen. Unkomplizierte Stürze führen nicht zu Spiralfrakturen.

Femurfrakturen

Femurfrakturen werden bei 12–29% misshandelter Kinder gefunden und gehören zu den häufigen Misshandlungsfrakturen. Der PPV für Kinder < 18 Monate beträgt 51,1% (95% KI 34,1–66,1), die Odds Ratio 1,8 (95% KI 1,2–2,7), von 12-48 Monate beträgt der PPV jedoch nur noch 11,7% (95% KI 6,1–17,3). Spiral- und metaphysäre Frakturen beruhen auf Schleuder-, Dreh- oder Schüttelmechanismen, Querfrakuren eher auf direkten Schlägen. Bei Kindern, die noch nicht laufen können, sind sie hochverdächtig auf eine Misshandlung. Im 1. Lebensjahr beruhen etwa 60% aller Femurfrakturen auf einer Misshandlung, im 2. und 3. Lebensjahr nur noch 20%. Im Lauflernalter können sie wie die »Toddler's Fracture« der Tibia (s. unten) auch akzidentell vorkommen. Die häufigste Ursache bei Kindern unter vier Jahren ist ein Sturz aus unter 1 m Fallhöhe. Außer bei metaphysären Frakturen kann aus der Frakturart per se keine definitive Diagnose einer Misshandlung abgeleitet werden.

Wirbelsäulenfrakturen

Sie sind im Kindesalter selten, da sie eine erhebliche Gewalteinwirkung erfordern (z. B. Verkehrsunfälle). Beim Schütteln (► Kap. 3.2) kann es zu Stauchungsfrakturen von Wirbelkörpern am thorakolumbalen Übergang kommen. Ansonsten finden sich anteriore Kantenabsprengungen der unteren BWS und oberen LWS, die meist asymptomatisch sind. Sie fallen unter Umständen nur durch eine radiologisch evidente prävertebrale Weichteilschwellung auf. Frakturen der Dornfortsätze haben eine besonders hohe Assoziation zu Misshandlungen.

Beckenfrakturen

Frakturen des Beckens können nur durch eine massive Krafteinwirkung, in der Regel Verkehrsunfälle, hervorgerufen werden. Sie sind entsprechend selten. Auch bei Misshandlungen werden sie selten gefunden, haben jedoch aufgrund der hohen erforderlichen Kräfte eine hohe Spezifität und in der Mehrheit der Fälle liegen multiple weitere misshandlungsassoziierte Verletzungen vor. Einzelne Kasuistiken beschreiben Beckenfrakturen nach Vergewaltigungen.

Sternumfrakturen

Während beim Erwachsenen Sternumfrakturen als typische Reanimationsfolge häufig nachzuweisen sind, sind diese bei Kindern eine ausgesprochene Rarität. Sie werden auch bei Misshandlungen nur selten nachgewiesen, sind dann aber aufgrund der hohen Krafteinwirkung hochverdächtig.

Klavikulafrakturen

Frakturen der Klavikula werden bei 3–10% misshandelter Kinder gefunden. Unter 4 Jahren sind misshandlungsbedingte Klavikulafrakturen häufiger als unfallbedingte (p < 0,001), die OR beträgt 4,4 (95% KI 1,9–10,2). Typisch sind laterale akromioklavikuläre und mediale sternoklavikuläre Frakturen durch Schütteln. Frakturen des mittleren Schaftdrittels sind unspezifisch und können sowohl durch Unfälle als auch durch Misshandlungen entstehen, dann aber eher bei deutlich jüngeren Kindern. Klavikulafrakturen treten in 2–4% als Geburtskomplikation bei vaginaler Entbindung auf. Sie können asymptomatisch bleiben und bei der U 2 (2. Vorsorgeuntersuchung, 3.–10. Lebenstag) übersehen werden. Sie fallen dann erst durch tastbare Kallusbildung nach 10–14 Tagen auf. Eine später als 14 Tage postnatal diagnostizierte Fraktur ohne Kallusbildung ist bei einem knochengesunden Kind nicht als Geburtsfolge anzusehen.

Skapula- und Schulterfrakturen

Aufgrund der anatomischen Gegebenheiten sind Skapula- und Schulterfrakturen als Misshandlungsfolge ebenfalls selten, dann aber hochspezifisch. Unfallbedingte Skapulafrakturen sind außer bei Verkehrsunfällen oder anderen schweren Unfällen selten.

Unterarmfrakturen

Sie gehören wie Humerusfrakturen zu den bei misshandelten Kindern häufiger anzutreffenden Frakturen, da der Unterarm als »Hebel« zum Schütteln oder Schleudern genutzt wird (unter 18 Monaten p < 0,001). Bei unter 4-jährigen Kindern beträgt die OR 5,8 (95% KI 2,4–14,3). Frakturen mit Beteiligung beider Unterarmknochen und mehr in Schaftmitte gelegene Ulnafrakturen (typische Parierverletzung) legen den Verdacht auf eine nichtakzidentelle Ursache nahe. Allerdings kann es bei Kindern im Lauf-

lernalter sowohl zu kompletten Unterarm- als auch zu sog. Grünholzfrakturen kommen. Typische akzidentell sturzbedingte Verletzungen bei Kindern sind distale Radiusfrakturen, bei denen aufgrund der klassischen Anamnese selten Abgrenzungsschwierigkeiten bestehen. Als Begleitverletzung sind je nach Untergrund Hautabschürfungen zu erwarten.

Tibiafrakturen

Frakturen der Tibia machen 7–18% aller Misshandlungsfrakturen aus und werden überwiegend als distale metaphysäre Frakturen angetroffen. Die Odds Ratio für Kinder < 18 Monate beträgt 12,8 (95% KI 5,1–32,6), p < 0,001. Eine wichtige Abgrenzung stellt eine spiralige, diaphysäre Fraktur im Lauflernalter dar, die sog. »Toddler's Fracture« durch Sturz bei fixiertem Fuß, die relativ subtil und symptomarm verlaufen kann.

Hand- und Fußfrakturen

Diese werden selten bei Misshandlungen gefunden, haben dann aber einen starken Hinweischarakter. Ursachen können direkte Schläge mit Gegenständen, Extensionen durch Reißen oder, bei den Händen, Abwehrversuche sein.

5.8 Differenzialdiagnose

Vor der abschließenden Beurteilung einer Fraktur muss geklärt sein, ob beim Kind Hinweise auf eine Knochenerkrankung bestehen. Dies sollte durch einen erfahrenen (möglichst Kinder-) Radiologen anhand der Röntgenbilder sowie durch orientierende Laborwerte, im Zweifelsfall durch Spezialuntersuchungen, beurteilt werden. Natürlich können auch knochenkranke Kinder misshandelt werden, jedoch ist die Beurteilung der Folgen einer einwirkenden Gewalt bei Berücksichtigung einer Knochenerkrankung eine andere als bei einem gesunden Knochen (z. B. Frakturen durch Physiotherapie bei Frühgeborenenosteopenie). Die Differenzialdiagnosen sind in Tab. 5.8 zusammengefasst.

Frakturen durch Unfälle

Die statistisch häufigsten Differenzialdiagnosen betreffen tatsächliche Unfälle. Bei Kindern im Lauflernalter kann es zu torsionsbedingten Spiralfrakturen der Tibia (»Toddler's fracture«) und zu akzidentellen Femurfrakturen kommen (s. oben). Aufgrund des unklaren, oft nicht beobachteten Mechanismus können sie zu Zweifeln an der Plausibilität des Unfalls führen. In Einzelfällen sind auch unwahrscheinliche Mechanismen genau zu prüfen und ggf. von den Eltern nachstellen zu lassen. Eine ungewöhnliche und per Video dokumentierte Kasuistik beschreibt eine Humerusfraktur durch Umdrehen eines Säuglings aus der Bauchlage über den seitlich ausgestreckten Arm durch ein Geschwisterkind (Hymel u. Jenny 1996). Treppenstürze mit einer Torsion der Extremität unter den Körper können zu einer Spiralfraktur v. a. des Humerus führen. Kurz-

Tab. 5.8 Differenzialdiagnosen bei Frakturen

Akzidentell	»Toddler's Fracture«, Femurfrakturen im Lauflernalter
Geburtstrauma	Meist Klavikula (1:150 Geburten), seltener Humerus (1:2.000) oder Femur (1:10.000), fast nie Rippen
Infektionen	Osteomyelitis, kongenitale Syphilis
Neuromuskuläre Erkrankungen	Spina bifida, infantile Zerebralparese
Skelettdysplasien	Osteogenesis imperfecta, metaphysäre Chondrodysplasie, infantile kortikale Hyperostose
Metabolische Erkrankungen	Rachitis, Skorbut, Menke-Syndrom, Mukolipidose II
Neoplasien	Leukosen, Neuroblastom-Metastasen, Histiozytosis X
Medikamentenwirkungen	MTX, Prostaglandin E, Hypervitaminose A

streckige Stürze aufs Knie können zu impaktierten, gestauchten Torus- (Wulst-)frakturen führen. Die häufigste Ursache bei Femurfrakturen bei unter 4-jährigen Kindern ist ein Sturz aus unter 1 m Fallhöhe.

Rippenfrakturen durch Reanimation

Rippenfrakturen sind sehr selten (0–4,3%) das Resultat einer kardiopulmonalen Reanimation, in den meisten Studien war die Inzidenz 0%. Wo sie beschrieben wurden, waren sie multipel, anterior oder anterolateral, ein- oder beidseitig und nur in Einzelfällen posterior gelegen. Der Vermutung, dass der kürzliche Wechsel der amerikanischen Reanimationsempfehlungen von der sternalen auf die in Deutschland schon lange übliche Zwei-Daumen und Brustumfassen Methode zu einem Anstieg der reanimationsbedingten Rippenfrakturen führen könnte, steht eine aktuelle Multicenterstudie der AG KiM entgegen, bei der keine Rippenfrakturen identifiziert wurden (Franke et al. 2014).

Osteogenesis imperfecta

Bei der Osteogenesis imperfecta handelt es um eine genetisch heterogene Gruppe von Bindegewebserkrankungen. Sie entstehen durch dominante Mutationen in den für Kollagen Typ 1 kodierenden Genen COL1A1 und COL1A2, die allerdings nur in etwa 85% nachweisbar sind. Ein fehlender Mutationsnachweis schließt eine OI daher nicht aus. Die Wahrscheinlichkeit, die insbesondere vor Gericht oft bemühte Erkrankung mit einer Misshandlung zu verwechseln, wird mit 1:300.000 angegeben, wenn alle anamnestischen, röntgenologischen und klinischen Hinweise beachtet werden. Einzelfälle von Verwechslungen sind dennoch beschrieben, insbesondere beim variablen Typ IV, der mit etwa 5% jedoch selten ist.

Hauptsymptome sind eine hohe Knochenbrüchigkeit, eine reduzierte Knochenmasse und ausgeprägte Skelettdeformierungen. Zu beachten sind die variablen und je nach Typ zu unterscheidenden klinischen und anamnestischen Kriterien: blaue Skleren, Schwerhörigkeit (im jungen Erwachsenenalter), Dentinogenesis imperfecta, Hypermobilität der Gelenke, »Wormian bones« (Schaltknochen), Kleinwuchs, positive Familienanamnese (CAVE: Spontanmutationen). Die ursprüngliche Einteilung in vier Typen ist seit 2010 auf fünf erweitert worden und kombiniert die Phänotypisierung in Verbindung mit einer Schweregradeinteilung. Auf die OI Typ I, typischerweise mit blauen Skleren und Schaltknochen, entfallen ca. 70% der Fälle, Häufigkeit 1:25.000. Der perinatal letale OI Typ II und die progressiv deformierende OI Typ III (zusammen etwa 25% der Fälle) geraten aufgrund ihres schweren Verlaufes kaum in Gefahr, mit einer Misshandlung verwechselt zu werden. Sollte in Zweifelsfällen eine weitergehende Diagnostik erforderlich sein, sollte diese eng mit entsprechenden klinischen Arbeitsgruppen abgesprochen oder von diesen übernommen werden (Hoyer-Kuhn u. Semmler 2013, van Dijk u. Sillence 2014).

Vitamin-D-Mangel-Rachitis

Diese ist klinisch und radiologisch in der Regel gut differenzierbar. Trotz einer hohen Prävalenz an subklinischem Vitamin-D-Mangel konnte widerlegt werden, dass dies zu einer erhöhten Frakturrate führt, sodass eine Verwechslung mit Misshandlungen auszuschließen ist.

»Temporary Brittle Bone Disease«

Die wiederholt postulierte »Temporary Brittle Bone Disease« wird von wenigen Autoren spekulativ als spontanheilende, passagere Variante der Osteogenesis mit einem Defekt im Kupfermetabolismus angenommen. Sie entbehrt jedoch reproduzierbarer klinischer und laborchemischer Daten und ist somit keine ernstzunehmende Differenzialdiagnose von Misshandlungsfrakturen.

Literatur

Barsness KA, Char ES, Bensard DD et al. (2003) The positive predictive value of rib fractures as an indicator of non-accidental trauma in children. J Trauma 54: 1107–1110
Bilo RAC, Robben SGF, van Rijn RR (2010) Forensic Aspects of Paediatric Fractures: Differentiating Accidental Trauma from Child Abuse. Springer Verlag, Heidelberg
Core Info (Februar 2015) Systematic Review Burns. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/fractures – Abruf 30.09.2015
Delling G (2008) Pathohistologische Befunde am Skelettsystem nach Traumatisierung. Rechtsmedizin 18: 42–47
Flaherty EG, Perez-Rossello JM, Levine MA, Hennrikus WL and the American Academy of Pediatrics (AAP) Committee on

Child Abuse and Neglect and Sections on Radiology, Endocrinology, and Orthopaedics and the Society for Pediatric Radiology (2014). Evaluating children with fractures for child physical abuse. Pediatrics 133: e477–e489; pediatrics.aappublications.org/content/133/2/e477.full.pdf+html

Franke I, Pingen A, Schiffmann H et al. (2014) Cardiopulmonary resuscitation (CPR)-related posterior rib fractures in neonates and infants following recommended changes in CPR techniques. Child Abuse Negl 38: 1267–1274

Hoyer-Kuhn H, Semmler O (2013) Osteogenesis imperfecta: Neues zur Pathogenese und Therapie. pädiatrie hautnah 25: 28-32. Download: www.oi-online.de/de/homepage/informationen-fuer-mediziner.html

Hymel KP, Jenny C (1996) Abusive spiral fractures of the humerus: a videotape exception. Arch Pediatr Adolesc Med 150: 226–228

Kemp AM, Dunstan F, Harrison S, Morris S, Mann M, Rolfe K, Datta, Thomas DP, Sibert JR, Maguire S (2008) Patterns of skeletal fractures in child abuse: systematic review. BMJ 337: a1518. www.bmj.com/cgi/reprint/337/oct02_1/a1518

Kleinman P, Perez-Rossello JM, Newton AW, Feldman HA, Kleinman PL (2011) Prevalence of the classic metaphyseal lesion in infants at low versus high risk for abuse. AJR 197: 1005–1008

Leonard JR, Jaffe DM, Kuppermann N, Olsen CS, Leonard JC for the Pediatric Emergency Care Applied Research Network (PECARN) (2014) Cervical spine injury patterns in children. Pediatrics; 133: e1179–e1188

Leventhal JM, Martin KD, Asnes AG (2008) Incidence of fractures attributable to abuse in young hospitalized children: Results from analysis of a United States database. Pediatrics 122: 599–604

Maguire S, Mann M, John M, et al. and the Welsh Child Protection Systematic Review Group (2006) Does cardiopulmonary resuscitation cause rib fractures in children? A systematic review. Child Abuse Negl: 30: 739–751

Maguire S, Cowley L, Mann M, Kemp A (2013) What does the recent literature add to the identification and investigation of fractures in child abuse: an overview of review updates 2005–2013. Evidence Based Child Health: A Cochrane Review Journal 8(5): 2044–2057

Mendelson KL (2005) Critical review of »temporary brittle bone disease«. Pediatr Radiol 35: 1036–1040

Murphy R, Kelly D, Moisan A et al. (2015) Transverse fractures of the femoral shaft are a better predictor of nonaccidental trauma in young children than spiral fractures are. J Bone Joint Surg 97: 106–111

Pandya NK, Baldwin K, Wolfgruber H, Christian CW et al. (2009) Child abuse and orthopaedic injury patterns: Analysis at a level 1 pediatric trauma center. J Pediatr Orthop 29: 618–625

Pandya NK, Baldwin KD, Wolfgruber H, Drummond DS, Hosalkar HS (2010) Humerus fractures in the pediatric population: an algorithm to identify abuse. J Pediatr Orthop Part B. 19: 535–541

Peters ML, Starlin SP, Barnes-Eley ML, Heisler KW (2008) The presence of bruising associated with fractures. Arch Pediatr Adolesc Med 162: 877–881

Pierce MC, Bertocci GE, Vogeley E, Moreland MS (2004) Evaluating long bone fractures in children: A biomechanical approach with illustrative cases. Child Abuse & Neglect 28: 505–524

Prosser I, Maguire S, Harrison SK et al. for the Welsh Child Protection Systematic Review Group (2005) How old is this fracture? Radiologic dating of fractures in children: A systematic review. AJR 184: 1282–1286

Prosser I, Lawson Z, Evans A et al. (2012) A timetable for the radiologic features of fracture healing in young children. AJR 198: 1014–1020

Pierce MC, Bertocci GE, Janosky JE et al. (2005) Femur fractures resulting from stair falls among children: An injury plausibility model. Pediatrics 115: 1712–1722

Schilling S, Wood JN, Levine MA, Langdon D, Christian CW (2011) Vitamin D status in abused and nonabused children younger than 2 years old with fractures. Pediatrics 127: 835–841

Sewell RD, Steinberg MA (2000) Chest compressions in an infant with osteogenesis imperfecta type II: No new rib fractures. Pediatrics 106: 1–6

Sorantin E, Lindbichler F (2002) Die nicht unfallbedingte Verletzung (battered child). Monatsschr Kinderheilkd 150: 1068–1075

Strahlenschutzkommission (2007) Bekanntmachung einer Empfehlung der Strahlenschutzkommission – Bildgebende Diagnostik beim Kind – Strahlenschutz, Rechtfertigung und Effektivität – vom 18. April 2007. BAnz. Nr. 96 vom 25.05.2007, S. 5337

Thackeray JD, Wannemacher J, Adler BH, Lindberg DM (2016) The classic metaphyseal lesion and traumatic injury. Pediatr Radiol e-pub ahead of printVan Dijk FS, Sillence DO (2014). Osteogenesis imperfecta: Clinical diagnosis, nomenclature and severity assessment. Am J Med Genet Part A 164A: 1470–1481

Wood JN, Fakeye O, Mondestin V, Rubin DM, Localio R, Feudtner C (2014) Prevalence of abuse among young children with femur fractures: a systematic review. BMC Pediatr 14: 1–13

Viszerale und HNO-Verletzungen, seltene und schlecht klassifizierbare Formen der Kindesmisshandlung

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_6, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Während bei misshandelten Kindern relativ häufig Verletzungen der Hals-, Nasen- und Ohrenregion sowie der Mundhöhle und der Zähne auftreten, sind thorakale und (intra-)abdominelle Verletzungen zwar relativ selten, dafür aber bezüglich der Schwere und Lebensgefährlichkeit der Verletzungen von umso größerer Bedeutung.

6.1 Verletzungen der Hals-, Nasen- und Ohrenregion sowie der Zähne und der Mundhöhle

Der Kopf, das Gesicht und insbesondere der HNO-Bereich sowie der Nacken sind bei bis zu 65–75% der misshandelten Kinder betroffen. Etwa die Hälfte betrifft dabei das Gesicht oder die Mundhöhle. Der Kopf ist leicht erreichbar für Schläge und der Mund als Verkörperung der Eltern-Kind-Konfliktfelder Schreien und Fütterschwierigkeiten eine häufige Lokalisation von Gewalteinwirkungen. Verletzungen der Lippen- und Zungenbändchen sind nicht – wie früher vermutet – pathognomonisch für eine Misshandlung.

Hämatome

Am häufigsten finden sich äußere Hämatome, insbesondere der Wangen (Abb. 6.1), die bei Handabdrücken oder Gegenständen die Kriterien geformter Hämatome erfüllen können. Ebenso sind Ekchymosen des Gesichtes und der Lippen zu beachten. Würgemale, typisch angeordnete Fingerabdrücke oder Drosselmarken sind Misshandlungshinweise am Hals oder am Nacken (Abb. 6.2, Abb. 6.3). Verletzungen der Ohren bzw. Ohrmuscheln sind starke Hinweise auf eine Misshandlung und entstehen bei inadäquaten Disziplinierungsversuchen durch direkte Schläge, Ziehen (»die Ohren lang ziehen«!), Kneifen oder Reißen (Abb. 6.4, Abb. 6.5). Gelegentlich kommt es zu penetrierenden Verletzungen des Trommelfells durch spitze Gegenstände. Das Tin-ear-Syndrom als seltene Variante eines Schütteltraumas wird in ► Kap. 3.6 beschrieben.

Verletzungen der Mundhöhle

Diese werden bei flüchtiger oder fehlender Untersuchung leicht übersehen. Typische Verletzungen, die auf Frustrationen beim Füttern zurückgeführt werden, sind:

- Kontusionen der Lippen oder der Gingiva durch forciertes Andrücken von Flaschen (Abb. 6.6)
- Einrisse des labialen oder lingualen Frenulums durch Flasche oder Löffel, sog. »Fütterungsverletzung« (Abb. 6.6 und Abb. 6.7)



Abb. 6.1 Wangen- und Ohrhämatome



Abb. 6.2 Geformte Hämatome durch Würgen (1)



Abb. 6.3 Geformte Hämatome durch Würgen (2)



Abb. 6.4 Hämatome der Außenseite und retroaurikulär durch Schlag



Abb. 6.5 Hämatome retroaurikulär durch Schlag oder Kneifen



Abb. 6.6 Innere Lippenverletzungen durch Schlag von außen mit Kiefer als Widerlager



Abb. 6.7 Akute Verletzung des labialen Frenulums durch gewaltsames Füttern. (Abbildung freundlicherweise überlassen von Dr. C. Goho, Würzburg)

- Verletzungen der Mundschleimhaut oder traumatische Perforationen des Gaumens, der Tonsillenloge und des Pharynx durch Essbesteck.

Traumatische Perforationen des Hypopharynx, teils mit konsekutiven ösophagealen oder mediastinalen Abszessen sowie mit einem Pneumomediastinum und Hautemphysem sind kasuistisch beschrieben worden. Die Zunge kann infolge von Schlägen durch die eigenen Zähne des Kindes verletzt werden. Das forcierte Einführen von heißen Flüssigkeiten oder Nahrung kann zu Verbrühungen der Mundschleimhaut führen, das von Säuren oder Laugen zu Verätzungen (Abb. 6.8).



Abb. 6.8 Verätzungen der Perioralregion, der Lippen und des Gaumens – keine Anamnese

Verletzungen der Lippen- oder Zungenbändchen wurden früher häufig als pathognomonische Hinweise auf Misshandlungen angeführt. Nach einer systematischen Analyse der Literatur ist – aufgrund nur geringer Evidenz – diese Assoziation allerdings nur eingeschränkt gültig und es sind akzidentelle Mechanismen und kongenitale Abweichungen des normalen Frenulums beschrieben. Wenngleich diese Verletzungen verdächtig sind und zu weiterer Diagnostik Anlass geben sollten, erlauben sie isoliert keinesfalls die Diagnose einer Misshandlung, insbesondere wenn nach gründlicher Diagnostik keine weiteren Hinweise bestehen (Maguire et al. 2007, Core Info 2014). Ungewöhnlich und stark verdächtig auf eine Kindesmisshandlung ist dagegen das Auftreten dieser Verletzungen bei nichtmobilen Säuglingen.

Epistaxis

Die Wahrscheinlichkeit, dass Nasenbluten ohne direktes Trauma oder eine Gerinnungsstörung ein seltener, aber bedeutsamer Hinweis auf ein akzidentelles oder nichtakzidentelles Beinaheersticken ist, liegt nach einem systematischen Review der Cardiff Gruppe bei knapp 20%.

Zähne

Auch die Zähne können – durch direkte Gewalteinwirkung (Schläge mit der Faust oder Gegenständen) oder durch Stürze auf Gegenstände nach Schlägen – betroffen sein und Zahnfrakturen, Dislokationen, Impressionen oder Ausrisse aufweisen (▣ Abb. 6.9). Die posttraumatische Avitalität eines Zahnes zeigt sich oft erst nach Wochen durch eine Verfärbung des Zahnes. Während für akzidentelle Stürze Impressionen der oberen Frontzähne in den Oberkiefer oder in die Mundhöhle typisch sind (aber auch bei »Fütterungsverletzungen« durch gewaltsames Einführen von Essutensilien ▣ Abb. 6.10), beruhen Zahnausrisse aus der Mundhöhle heraus – z. B. durch abruptes, gewaltsames Herausziehen von Essbesteck – meist auf Misshandlungen (▣ Abb. 6.11). Einzelfälle von Zahnextraktionen als Bestrafungsmaßnahme sind beschrieben.



▣ **Abb. 6.9** Fraktur des Frontzahnes durch Schlag. (Abbildung freundlicherweise überlassen von Dr. C. Goho, Würzburg)



▣ **Abb. 6.10** Verletzung des Zahnfleisches, des labialen Frenulums und der Frontzähne durch gewaltsames Füttern. (Abbildung freundlicherweise überlassen von Dr. C. Goho, Würzburg)



▣ **Abb. 6.11** Extrusion eines Zahnes bedeutet meist Misshandlung; daneben Frontzahnkaries als Zeichen dentaler Vernachlässigung. (Abbildung freundlicherweise überlassen von Dr. C. Goho, Würzburg)

Dentale Vernachlässigung

Die Vernachlässigung des Gebisses bzw. der Zahnpflege und Vorsorge wird als Variante und Bestandteil allgemeiner Kindesvernachlässigung gesehen. Da mit der gestörten Nahrungsaufnahme und Kommunikation wichtige Entwicklungsbereiche betroffen sind, ist eine frühzeitige Intervention wichtig. Die im Vordergrund stehende Manifestation dentaler Vernachlässigung ist durchweg Karies, in vielen Fällen als »Nursing Bottle Karies«, dazu weitere periodontale Erkrankungen. Diese sind häufig mit chronischen Schmerzen, Infektionen und Funktionseinschränkungen oder -verlust assoziiert. Aufgrund der variablen Prävalenz von Karies ist eine exakte Schwelle zur dentalen Vernachlässigung nicht zu ziehen, bei Kindern mit Schmerzen, Missempfindungen, sozialer Ausgrenzung, negativen Auswirkungen auf Ernährung oder Kommunikation sowie bei medizinischen Komplikationen (Infektionen) aber gegeben. Ein Verzug oder Nichteinhalten angemessener zahnmedizinischer Versorgung stellt ein durchgängiges Merkmal dar. Zu den Ursachen werden allgemeine Vernachlässigung, gering ausgeprägte allgemeine Gesundheitsfürsorge, inadäquates oder fehlendes Zähneputzen und kariogene Snacks, aber auch häusliche Gewalt gezählt. In verschieden Studien wurde bei Kindern mit dentaler Vernachlässigung ein erniedrigter Quality of Life (bzw. spezifischer: Oral Health Related Quality of Life) -Index und negative Auswirkungen auf die schulischen Leistungen nachgewiesen (Core Info 2014, American Academy of Pediatrics 2010). Oft sind ausreichende Aufklärung und Behandlungsangebote (häufig Behandlung in Narkose erforderlich) hilfreich. Bei fehlender elterlicher Kompetenz oder Einsicht sind komplexere Interventionen ähnlich denen bei nichtorganischer Gedeihstörung (▶ Kap. 12) erforderlich, die soziale, erzieherische und gesundheitsbezogene Maßnahmen beinhalten müssen.

Frakturen des Gesichtsschädels

Diese Verletzungen sind bei Kindern ungewöhnlich. Fehlt eine klare bzw. plausible Unfallanamnese, sind insbesondere isolierte Unterkieferfrakturen ein starker Hinweis auf eine nichtakzidentelle Verletzung.



Abb. 6.12 Brillenhämatome

Augenverletzungen

Neben den schon erwähnten retinalen Blutungen kann eine Vielzahl von Augenverletzungen Folge körperlicher Misshandlung bei direkter Gewalteinwirkung auf das Auge sein. Dazu zählen auch die offensichtlichen Brillen- bzw. Monokelhämatome (Abb. 6.12). Bei periorbitalen Hämatomen sind durch das lose subkutane Gewebe der Farbverlauf und seine zeitliche Dynamik oft sehr verschieden vom Verlauf sonstiger Hämatome, ein Datieren ist somit noch weniger möglich. Weitere Verletzungen betreffen Einrisse und Einblutungen der Kornea, der Skleren, der Augenlider, des Glaskörpers, Luxationen der Linse sowie Blutungen der vorderen Augenkammer (Hyphäma). Als Folgeerscheinung von Kontusionen sind Optikusatrophien beschrieben.

6.2 Viszerale Verletzungen

Innere Verletzungen betreffen ein weites Spektrum an Organen. Bei weitem am häufigsten sind jedoch die des Bauchraums. Sie betreffen etwa 0,5–4% aller Misshandlungsfälle. Nach den ZNS-Verletzungen stellen sie jedoch die zweithäufigste Todesursache bei Misshandlungen dar. Mit einer Letalität von 53% sterben relativ mehr Kinder daran als an Verlet-

zungen des zentralen Nervensystems bzw. an einem Schädel-Hirn-Trauma. Unfallbedingte Abdomenverletzungen haben dagegen eine Letalität von 21%. Schätzungen zufolge sind 1–11% aller abdominellen Traumata misshandlungsbedingt, in 65% davon finden sich begleitende Hinweise auf eine Kindesmisshandlung.

Wie bei allen Misshandlungsformen sind die Opfer im Schnitt deutlich jünger als bei Unfällen (2,5–3,7 versus 7,6–10,3 Jahre). Medizinische Hilfe wird erst mit Verzögerung in Anspruch genommen: etwa 80% innerhalb von drei Stunden nach Unfällen vs. 100% später als drei Stunden nach Misshandlungen. Die Anamnese fehlt oft, ist häufig vage, unklar oder wechselnd, wohingegen sie bei Unfällen klar und plausibel ist und mit dem Verletzungsmuster korrespondiert. Hohlorganverletzungen, insbesondere des Duodenums, gelten als starker Hinweis auf eine Misshandlung.

Hohe Letalität

Die Ursache der hohen Letalität nach thorakalen und insbesondere abdominellen Misshandlungsverletzungen liegt darin, dass die initial schleichend verlaufende und unspezifische Symptomatik unterschätzt und deshalb häufig erst (zu) spät medizinische Hilfe gesucht wird. Selbst vital bedrohliche Verletzungen können bei kleinen Kindern lange symptomarm verlaufen, äußerlich erkennbare Verletzungen der Bauchdecke fehlen in 80–90% der Fälle. Die zumeist unklare, vage Anamnese und die fehlende differenzialdiagnostische Berücksichtigung misshandlungsbedingter Verletzungen verzögern nicht selten Diagnostik und Therapie. Das kindliche Abdomen ist relativ klein; die Organe liegen dicht beieinander und werden durch einen Schlag oder Tritt vielfach gleichzeitig getroffen. Der weiter vorn und ungeschützt liegende linke Leberlappen ist bei den soliden Organen am häufigsten betroffen, gefolgt vom Pankreas. Durch das häufigere Schreien bei kleinen Kindern finden sich vermehrt luftgefüllte Hohlorgane. Das erhöht die Neigung zu einer Perforation der Hohlorgane im Falle äußerer Gewalteinwirkung, die im Gegensatz zu Unfällen bei Misshandlungen deutlich häufiger betroffen sind . Zudem ist auch die kindliche Bauchwand muskel- und fettarm und schützt dadurch die inneren Organe weniger gut vor stumpfer Gewalt.

6.2.1 Thorakale Verletzungen

Thorakale Verletzungen werden selten bei Misshandlungen diagnostiziert. Häufiger finden sich äußere Griffspuren (Hämatome) und Rippenfrakturen (► Kap. 4 und ► Kap. 5). Bei einem Vergleich misshandlungsbedingter zu unfallbedingten Verletzungsmustern bei unter drei Jahre alten Kindern mit Rippenfrakturen waren bei verunfallten Kindern intrathorakale Verletzungen häufiger als bei den misshandelten Kindern. Dies beruht vermutlich auf den zugrunde liegenden Verletzungsmechanismen. Wenn es zu intrathorakalen Verletzungen kommt, können diese besonders schwerwiegend sein. Beispiele sind Herz- oder Lungenkontusionen, die zu Arrhythmien, einem Pneumothorax oder Hämatothorax mit tödlichem Ausgang führen können. Einzelfälle von Bronchial- und Gefäßabrissen sowie Pharynx- und Ösophagusperforationen sind beschrieben, weiterhin ein Chylothorax durch Ruptur des Ductus thoracicus. Bei Verdacht auf thorakale Verletzungen sollten neben Thorax-CT oder -MRT sowie einer Echokardiografie die Bestimmung der CK-MB und des Troponins und ein EKG erfolgen.

6.2.2 Intraabdominelle Verletzungen

Als Ursache findet sich bei Verletzungen des Abdomens zumeist ein stumpfes Bauchtrauma durch Schläge oder Tritte, die zu einer direkten Organkontusion, Organeinrissen, Blutungen und Hohlorganrupturen durch plötzliche Druckschwankungen führen (◘ Abb. 6.13). Alternativ werden Akzelerations- und Dezelerationskräfte durch Schleudern des kindlichen Körpers beschrieben; dabei können Scherkräfte zu Einrissen bzw. Abrissen der Mesenterialwurzel führen. In der Regel finden sich auch bei schwerwiegenderen intraabdominellen Verletzungen keine oder nur sehr diskrete äußerlich sichtbare Verletzungen der Bauchhaut, die das Ausmaß der inneren Verletzungen nicht widerspiegeln. Bei Unfällen sind typischerweise zumeist die Milz und die Nieren und etwas seltener die Leber betroffen, aber nur sehr selten die Hohlorgane. Bei Misshandlungen dagegen findet sich in etwa der Hälfte der Fälle ein

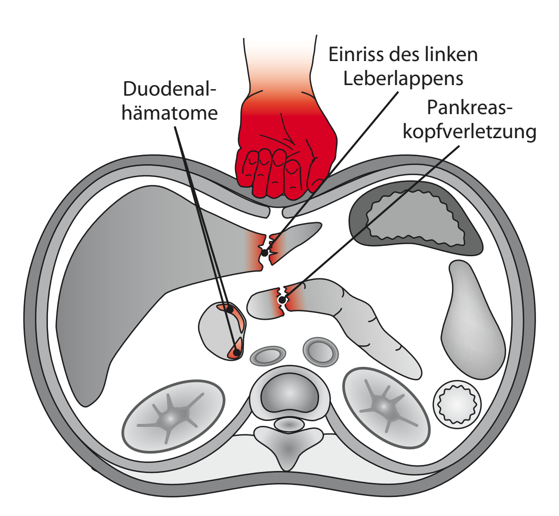


Abb. 6.13 Schematische Darstellung gängiger abdomineller Verletzungen durch Misshandlung

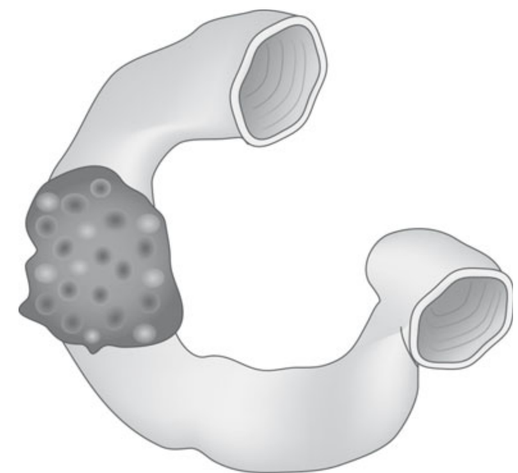


Abb. 6.14 Duodenalwandhämatom, begünstigt durch fixierte Position des Duodenums

Trauma solider Organe, in erster Linie der Leber und zur Hälfte Hohlorganverletzungen v. a. des Duodenums.

Dünndarm

Bei den Abdomenverletzungen ist das Duodenalhämatom der häufigste und aussagekräftigste Hinweis auf eine Misshandlung, gefolgt vom oberen Jejunum. Es entsteht durch einen Schlag, Stoß oder Tritt in den Oberbauch. Dabei wird insbesondere der durch das Treitz'sche-Band fixierte retroperitoneal verlaufende Anteil verletzt, da bei Kompression gegen die Wirbelsäule keine Ausweichbewegungen möglich sind (Abb. 6.14). Bei den Hohlorganperforationen ist nur gelegentlich der Magen betroffen. Hohlorganperforationen finden sich bei Unfällen sehr selten (dann meist das Kolon betreffend) und erfordern hohe Kräfte, wie bei schweren Verkehrsunfällen oder Stürzen aus großer Höhe; bei unter 2-jährigen Kindern wurden bislang keine akzidentellen Duodenalverletzungen beschrieben. Studien über akzidentelle Haushaltsunfälle oder Treppenstürze wiesen in keinem Fall Hohlorganverletzungen nach. Die Symptomatik ist oft protrahiert und subtil.

> **Fehlt ein plausibler akzidenteller Mechanismus, ist ein intramurales Duodenalhämatom pathognomonisch für eine Misshandlung.**

Leber

Bei den misshandlungsbedingten Verletzungen intraabdomineller Organe ist die Leber das am häufigsten betroffene Organ, zumeist der linke Leberlappen (Abb. 6.13). Labordiagnostisch korreliert die Höhe der Transaminasen-Werte im Blut gut mit dem Ausmaß der Leberverletzung. Bei einer GOT über 450 U/L und einer GPT über 250 U/l bei normaler AP finden sich nahezu immer signifikante Leberverletzungen im CT bzw. MRT. Bei Transaminasen > 80 U/l ist eine weiterführende Diagnostik notwendig. Eine Lipase > 100 U/l hat eine Sensitivität von 58,3% und Spezifität von 88,8% bei Patienten mit intraabdominellen Verletzungen und negativen Transaminasen (Lindberg 2013).

Milz

Misshandlungsbedingte Milzverletzungen werden selten beschrieben und scheinen sich in ihrer Häufigkeit zu akzidentellen Verletzungen nicht zu unterscheiden; eine einzelne vergleichende Studie konnte keine Misshandlung als Ursache von Milzverletzungen feststellen.

Nieren und Harnwege

Die Nieren sind das am dritthäufigsten betroffene Organ, wobei Nierenrisse, Infarkte und häufig mit letalem Ausgang assoziierte Nebennierenblutungen beschrieben sind. Das Vorhandensein und Ausmaß

einer etwaigen Hämaturie korreliert schlecht mit dem Schweregrad der Verletzung. Weiterhin gibt es Kasuistiken über Blasenrupturen.

■ Pankreas

Akute Pankreasverletzungen können im Zusammenhang mit Hohlorganverletzungen gefunden werden. Nach dem Ausschluss infektiöser und metabolischer Ursachen sollte auch bei einer Pankreatitis und bei Pankreaspseudozysten unklarer Genese eine Misshandlung als Ursache in Betracht gezogen werden. Selten kommt es zu einem posttraumatischen chylösen Aszites.

■ Diagnostik (vgl. ► Kap. 2.3.2)

Bei begründetem Verdacht ist die CT mit Doppelkontrastaufnahmen mit i.v. Kontrastmittelgabe die Methode der ersten Wahl, alternativ die MRT. Die Sonografie ist zum Ausschluss abdomineller Verletzungen als alleinige Methode nicht zulässig. Erhöhte Transaminasen (s. oben) oder Amylase/Lipase sollten eine CT nach sich ziehen, ein negatives Screening ist kein Ausschluss.

■ Differenzialdiagnose

Zusammenfassende Angaben zur Differenzialdiagnose misshandlungsbedingter Verletzungen gegenüber Unfallverletzungen finden sich in ◘ Tab. 6.1.

6.3 Ungewöhnliche, seltene und schlecht klassifizierbare Formen der Kindesmisshandlung

Neben dem geschilderten Spektrum häufiger Formen der Kindesmisshandlung durch stumpfe Gewalt, Schütteltrauma sowie thermische misshandlungsbedingte Verletzungen ist im Einzelfall an speziell definierte, seltene oder auch ungewöhnliche Formen der Kindesmisshandlung zu denken.

6.3.1 Ungewöhnliche, seltene und schlecht klassifizierbare Manifestationen (Übersicht)

In die üblichen, bislang beschriebenen Kategorien von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung lassen sich bestimmte Formen der Kindesmisshandlung und Vernachlässigung nur schwierig einordnen. Zum Teil werden sie bislang nicht immer als Kindeswohlgefährdung wahrgenommen und eingeordnet (Adipositas, Passivrauchexposition, ► Kap. 12.2) und zeigen, dass auch die Wahrnehmung bestimmter schädigender Einflüsse auf Kinder in diesem Zusammenhang einem Wandel und einer Weiterentwicklung im Kinderschutzdiskurs unterliegt.

Andererseits beruht die Einordnung als »ungewöhnlich« in der Regel eher auf der klinischen Einschätzung einer Misshandlungsform als selten oder bizarr, als auf gesicherten epidemiologischen Daten. Während früher eine Kindesmisshandlung an sich als etwas Seltenes und Ungewöhnliches eingestuft wurde, sind zahlreiche ältere Kasuistiken heute »normaler« Bestandteil der Lehr- und Handbücher. 1967 wurden in den USA 6.000 Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung registriert, 1955 die Anzahl von Inzestfällen auf 500 geschätzt. Mittlerweile gelten regelhaft an die 0,6–1 Million Fälle von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung pro Jahr als gesichert, davon etwa 10% mit

◘ **Tab. 6.1** Differenzialdiagnose misshandlungsbedingter Abdomenverletzungen vs. Unfälle

Kriterium	Misshandlung	(Verkehrs-)Unfall
Durchschnittliches Alter	2,5 Jahre	7,5 Jahre
Inanspruchnahme medizinischer Hilfe	100% > 3 Std., im Schnitt nach 13 Std.	81% < 3 Std.
Anamnese	Fehlend, vage, unklar, wechselnd	(Fast) immer klar bzw. eindeutig
Primär betroffene Organe	Linker Leberlappen, Hohlorgane	Milz, Niere, rechter Leberlappen
Letalität	53%	21% (selten isoliertes intestinales Trauma einzige Todesursache)

sexuellem Missbrauch. Auch unterliegt das Verständnis, welche Formen und welches Ausmaß an Gewalt als unzulässig Kindern gegenüber betrachtet werden, einem zeitlichen Wandel. Dies wird an der veränderten Einstellung zu körperlichen Bestrafungen als Erziehungsmethode deutlich. Zudem sind das Verständnis und die Praxis gesellschaftlich akzeptierter Disziplinierungsmaßnahmen in verschiedenen Kulturen sehr unterschiedlich. Die in den letzten Jahrzehnten deutlich abnehmende Akzeptanz gewaltsamer Erziehungsmaßnahmen in Deutschland beeinflusst sowohl das Meldeverhalten als auch die Einstellung der diagnostizierenden Fachleute.

Bedeutsam ist, dass diese ungewöhnlichen Formen oft auch mit erheblicher Gewalttätigkeit und offensichtlicher Gefühlskälte der Täter/innen einhergehen. Die zu vermutende zugrunde liegende emotionale Dynamik und weitgehende Empathielosigkeit unterscheidet diese Formen von den »üblichen« Misshandlungen. Diese beruhen häufig (außer sexueller Missbrauch) eher auf Überlastungs- und Dekompensationssituationen und mangelnden Ressourcen.

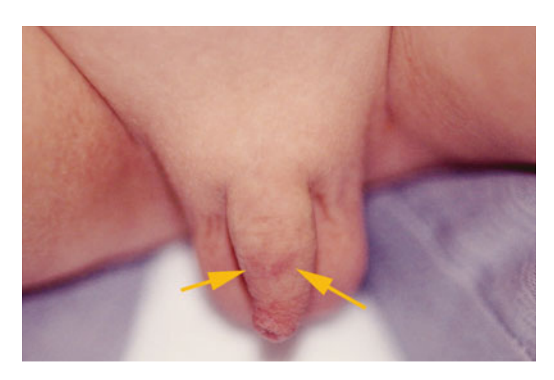
Die nachfolgenden Ausführungen sollen den Blick für die Breite des Spektrums der Differenzialdiagnosen schärfen. So wie es manchmal ungewöhnliche »echte« Unfälle gibt, müssen bisweilen auch schwer vorstellbare, unvorstellbare oder grausame Mechanismen von Gewalt an Kindern in Betracht gezogen werden. Teilweise werden bei den Verursachern bzw. Tätern schwere Persönlichkeitsstörungen gefunden; insofern beeinflusst die rechtzeitige und korrekte Diagnose auch nachfolgende Maßnahmen zum Schutz der bereits betroffenen Kinder und auch unter Umständen weiterer Opfer.

6.3.2 Ungewöhnliche Manifestationen körperlicher Misshandlung

Kasuistiken beschreiben Kinder, denen schwere Verbrennungen durch Mikrowellenöfen oder durch heißes Fett zugefügt wurden. Weitere Berichte sprechen von Hautverletzungen durch gewaltsames Tätowieren oder Hautritzungen, um Narben zu produzieren. Mehrere Kasuistiken beschreiben Näh- und andere Nadeln, die abdominell, thorakal, in das Gehirn und in Weichteile appliziert wurden.

Wenige Kasuistiken beschreiben tödliche kardiale Muskeleinrisse durch Misshandlungen. Das Tin-Ear-Syndrom als seltene Variante des Schütteltraumas durch eine heftige Ohrfeige, bei dem der Kopf in heftige rotierende Bewegungen versetzt wird, wurde bislang bei vier Kindern zwischen zwei und drei Jahren berichtet, sämtlich mit letalem Verlauf. Weitere ungewöhnliche und seltene Berichte beschreiben eine Luftgewehrkugel als intrakraniellen Fremdkörper, eine isolierte Rückenmarkverletzung durch Hyperextensionstrauma, Destruktionen des Nasenrückens durch obsessive Hygiene und Zahnextraktionen als Disziplinierungsmaßnahme.

Seltene knöcherne Manifestationen einer Kindesmisshandlung sind Beckenfrakturen (sowohl bei körperlicher Misshandlung als auch beim sexuellen Missbrauch), Wirbelkörperfrakturen und Hand- sowie Fußfrakturen. Inzisionen und Strangulationen der Peniswurzel werden im Zusammenhang mit verfehlter »Erziehung« zur Sauberkeit berichtet (◻ Abb. 6.15 und ◻ Abb. 6.16) (Socolar 2009).



◻ **Abb. 6.15** Penishämatome (Pfeile) durch Kneifen im Rahmen von »Erziehung« zur Sauberkeit



◻ **Abb. 6.16** Penisligatur als Bestrafung bei Enuresis

6.3.3 Ungewöhnliche Manifestationen sexueller Misshandlung

Schwere anogenitale Penetrationsverletzungen sind ungewöhnlich bei präpubertären Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs. Eine Kasuistik beschreibt eine intraperitoneale Kerze als Resultat schwerer penetrierender Vergewaltigung mit diesem Objekt. Scharfrandige Penetrationsverletzungen des Hymens durch Gegenstände werden sowohl durch sexuellen Missbrauch als auch durch Unfälle beschrieben. In einem Fall wird von einer rektovaginalen Fistel nach wiederholten Penetrationen berichtet. Unklar ist die Rolle vaginaler Fremdkörper. Diese sind generell selten bei präpubertären Mädchen und finden sich in 1–4% bei vaginalem Ausfluss. Nur in einer älteren Studie wurde bei 11 von 12 Mädchen mit vaginalen Fremdkörpern sexueller Missbrauch vermutet oder diagnostiziert (Herman-Giddens 1994), darüber hinaus nur in seltenen Einzelfällen. Einen Beleg für einen sexuellen Missbrauch stellen sie keinesfalls dar, eine Testung auf sexuell übertragene Infektionen wird empfohlen.

6.4 Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (MSbP)

Das Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (MSbP), im deutschen Sprachraum auch Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom genannt, ist eine vermutlich seltene, schwer zu diagnostizierende kombinierte Form der Kindesmisshandlung. Das MSbP enthält Elemente körperlicher und emotionaler Misshandlung sowie medizinischer Vernachlässigung. Eine dem Kind nahe stehende Person (in der Regel die Mutter) täuscht Anzeichen einer Krankheit vor, erzeugt sie aktiv oder aggraviert bestehende Symptome, um das Kind wiederholt für medizinische Untersuchungen vorzustellen. Gleichzeitig sind diese Mütter auffällig intensiv sorgend um ihre Kinder bemüht. Ärzte werden so veranlasst, nicht indizierte multiple, invasive und potenziell schädigende Eingriffe vorzunehmen. Ziel sind wiederholte Arztbesuche mit stark manipulativem Charakter, die zu umfangreicher, oft eingreifender Diagnostik am Kind führen, um Aufmerksamkeit und Zuwendung zugunsten des Erwachsenen (der Mutter) zu erlangen. Ursache ist vermutlich eine ausgeprägte Persönlichkeitsstörung bei der Täterin oder dem Täter. Durchweg wird das Wissen um die Ursachen des Beschwerdebildes von der schädigenden Person verleugnet. Die akuten Symptome und Beschwerden bilden sich zurück, wenn das Kind von der Mutter getrennt wird. Häufig sind die Täterinnen medizinisch vorgebildet. Die subjektiven Erfahrungen eines ehemaligen Opfers wurden in einem beeindruckenden Bericht in der Zeitschrift Pediatrics publiziert (Bryk u. Siegel 1997). Zwei Beispiele aus der Praxis seien zur Verdeutlichung erwähnt.

Beispiel 1

Eine Mutter stellt ihr Kind wegen rezidivierender Diarrhoen vielfach zur diagnostischen Abklärung vor. Nachdem keine medizinische Ursache gefunden wurde, kam der Verdacht auf, die tatsächlich vorhandenen Diarrhoen seien manipulativ beigebracht worden. Eine chemisch-toxikologische Untersuchung der Urinprobe des Kindes führte zum Nachweis sehr hoher Konzentrationen eines Abführmittels. Nach Konfrontation mit diesem Befund gestand die Mutter die Beibringung des Abführmittels. Die Herbeiführung der Diarrhoen hatte zu einer lebensbedrohlichen Elektrolytentgleisung geführt, die Mutter wurde zu 3 Jahren und 3 Monaten Freiheitsentzug verurteilt.

Beispiel 2

In einem anderen Fall wurde eine Mutter mit ihrem männlichen Säugling mehrfach in der Ambulanz vorstellig, weil dessen Urin blutig sei. Tatsächlich fand sich Blut in der Windel des Säuglings, der allerdings ansonsten regelrecht entwickelt war, gut gepflegt und »gut gelaunt«. Die behandelnden Ärzte verzichteten daher auf die von der Mutter gewünschte Abklärung des Verdachts auf eine hämorrhagische Urozystitis. Auch lokal fand sich in der unverletzten Anogenitalregion des Säuglings keine Blutungsquelle. Erst der molekulargenetische Vergleich einer Blutprobe aus der Windel des Säuglings mit dem Blut seiner Mutter ergab, dass tatsächlich ausschließlich mütterliches Blut in die Windel eingebracht worden war.

6.4.1 Epidemiologie und Prognose

Die Inzidenz des MSbP wird auf 2,5 Fälle pro 100.000 Kinder im 1. Lebensjahr und 0,5 Fälle pro

100.000 vom 2.–16. Lebensjahr geschätzt. Für die USA werden 200 Fälle pro Jahr angenommen. Eine Übersicht von 1997 identifizierte 700 publizierte Fälle aus 52 Ländern über einen Zeitraum von 20 Jahren, eine Arbeit aus dem Jahr 2003 fand 59 Artikel aus 24 Ländern mit 122 Fällen. Das Wiederholungsrisiko bei diagnostizierten MSbP-Fällen beträgt 30–50%. Die Letalität wird mit 6–33% angegeben, darunter im Säuglingsalter insbesondere Fälle von Ersticken durch weiche Bedeckung, die fälschlicherweise dem Phänomen des plötzlichen Kindstodes (SIDS) zugeordnet wurden. Auch dürfte es sich bei einigen Fällen von ALTE (apparent life threatening event) im Säuglingsalter tatsächlich um einen Fall von MSbP handeln. In mindestens 10% der Fälle werden physische Langzeitschäden angenommen. Dazu kommen schwere psychische Störungen mit eigenem Münchhausen-Syndrom bzw. eigener späterer Täterschaft, multiplen Persönlichkeitsstörungen und Dissoziation.



Abb. 6.17 »Teil-Namensgeber« des Münchhausen-Syndrom-by-Proxy: Baron Hieronymus C. F. von Münchhausen (1720–1797). (Zeichnung von August von Wille)

6.4.2 Kennzeichen

Terminologie

Der Begriff MSbP wurde 1977 von dem britischen Pädiater Roy Meadow geprägt. Er lehnte sich an die Beschreibung des Münchhausen-Syndroms bei Erwachsenen durch Asher 1951 an (Abb. 6.17). Diese schildert eine psychiatrische Störung mit Erfinden von Krankheitssymptomen zur Erlangung einer Krankenrolle. Gemeinsam ist beiden das artifizielle Erfinden (»fabricate«) bzw. Hervorrufen (»induce«) von Krankheitssymptomen. Die Terminologie ist im Wandel begriffen und umfasst »Medical child abuse«, »Child abuse in the medical setting«, »Pediatric Condition Falsification« für die Opferseite und »Factitious Disorder by Proxy« (»Artifizielle Störung durch Nahestehende«) für die Täterseite. Neuere Veröffentlichungen und die aktuellen Leitlinien der amerikanischen Pädiater sprechen von »Caregiver-fabricated (oder induced) illness« (American Academy of Pediatrics 2013).

> **Von großer Bedeutung ist, dass es sich beim MSbP nicht um eine psychiatrische Diagnose der Täterin handelt, sondern um eine pädiatrische Konstellations- bzw. Misshandlungsdiagnose. Die Diagnose ist primär auf die Gefährdung des Kindes als Opfer zentriert, ausschlaggebend sind also die aktiven, schädigenden Handlungen am Kind. Das dahinterstehende Motiv ist zwar für das Verständnis des Syndroms, nicht aber für die Diagnosefindung von Belang. Eine einheitliche, den Handlungen beim MSbP zugrunde liegende psychiatrische Diagnose bei den Täterinnen lässt sich nicht feststellen. Daher ist es gerade bei der wenig verbreiteten Kenntnis des Syndroms in der Erwachsenenpsychiatrie wichtig zu betonen, dass die Diagnose nicht durch den Psychiater gestellt oder ausgeschlossen werden kann. Dieser ist jedoch für die Weiterbetreuung der Täterin von großer Bedeutung.**

Ärztlicher Anteil

Wichtiger Bestandteil des Syndroms, der auch den Umgang mit dem Problem erschwert, ist die erhebliche iatrogen verursachte physische und psychische Schädigung. Die Schädigung entsteht durch eine Vielzahl unnötiger invasiver, z. T. auch schmerzhafter diagnostischer Maßnahmen, durch die es zu

operativen Eingriffen, Narkoserisiken, unnötigen stationären Aufenthalten oder Therapien mit entsprechenden Nebenwirkungen kommt. Ärzte und medizinisches Personal werden zu Komplizen, da sie sich zu nicht indizierten und retrospektiv oft unnötigen Untersuchungen und Behandlungsversuchen verleiten lassen. Dies ist zentraler Bestandteil der pathologischen Beziehungen beim MSbP und mitverantwortlich für die teils heftigen emotionalen Reaktionen aller Beteiligten mit oft diametral entgegengesetzten Meinungen, bis hin zu schwerer Beschädigung der Beziehung der Helfer untereinander.

Manipulative Strategien

Diese umfassen die oft dramatische Schilderung nicht vorhandener Symptome wie epileptischer Anfälle oder Apnoen, die Verfälschung von Körpersubstraten des Kindes, z. B. durch Kot oder Fremdblutbeimengung in den Urin/in die Windel (siehe oben, Beispiel 2), bis hin zur Erzeugung realer Symptome, z. B. durch Beibringung verschiedenster Medikamente (siehe oben, Beispiel 1). Besonders gefährlich und für einen Teil der Todesfälle verantwortlich sind induzierte Apnoen durch Verschluss der Atemöffnungen, z. B. durch Beinaheersticken mittels Kissen oder Hände durch die Täterin.

6.4.3 Symptome und Warnhinweise

Eindeutige Erkennungsmerkmale für ein Münchhausen-Syndrom-by-Proxy gibt es nicht. Daher muss sich die Diagnosestellung an charakteristischen Merkmalen und Warnhinweisen orientieren. Diese sind ◘ Tab. 6.2 bezüglich des Kindes und ◘ Tab. 6.3 bezüglich der Mutter bzw. Täterin zu entnehmen.

◘ **Tab. 6.2** Charakteristische Merkmale bzw. Warnhinweise beim Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (MSbP) bezüglich des Kindes bzw. Opfers. (Noeker 2002)

Merkmale des Kindes (Opfers) und Symptomatik	Anmerkungen
Persistierende und rekurrierende Symptomatik, die trotz gründlicher Untersuchung nicht geklärt werden kannt	Die Symptomatik präsentiert sich atypisch; erfahrene Kliniker kommentieren sie mit der Bemerkung, dass sie einen solchen Fall noch nie gesehen haben.
Die Diagnose bleibt deskriptiv oder bezieht sich auf den Verdacht einer extrem seltenen oder atypischen Erkrankung. Die Symptomatik spricht entgegen der Erwartung nicht auf eine etablierte Therapie an.	Gehäuft kommt es zu Komplikationen im Therapieverlauf (Infektionen von i.v.-Zugängen, Erbrechen von Medikamenten etc.).
Diskrepanz zwischen Untersuchungs-/Laborbefunden und den anamnestischen Angaben der Mutter	Laborbefunde sind physiologisch unplausibel (unübliche Substanzen in Blut, Urin, Stuhl oder Mageninhalt; unübliche Kombination von Mikroorganismen in Blutkulturen).
Auffällige zeitliche Verknüpfung zwischen dem Auftreten der Symptomatik und der Anwesenheit der Mutter	Episodisch auftretende Symptome treten nicht in Perioden der Abwesenheit der Mutter auf.
Unvollständige bzw. unkorrekte Angaben der Mutter zur Anamnese der Vorbehandlungen	Die Mutter zeigt sich nicht kooperativ, Vorbefunde und Arztbriefe beizubringen, mitunter mit dem Argument, nach den vorangegangenen ergebnislosen Voruntersuchungen einen vollständig unvoreingenommenen Untersuchungsgang sicherstellen zu wollen. Ziel ist nicht nur eine Verschleierung extensiver Vorbehandlungen, sondern auch eine Induktion zahlloser Doppeluntersuchungen und damit Traumatisierungen.
Die präsentierte Symptomatik umfasst Beschwerden wie unerklärliche Blutungen, Anfälle, Bewusstseinsverlust, Apnoe, Diarrhö, Erbrechen, Lethargie oder berichtete Unverträglichkeitsreaktionen auf Nahrungsmittel oder Medikamente.	Diese Symptome sind besonders charakteristisch und können als klinische Warnhinweise für das Vorliegen eines MSbP dienen.

Tab. 6.3 Charakteristische Merkmale bzw. Warnhinweise beim Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (MSbP) bezüglich der Mutter bzw. Täterin. (Noeker 2002)

Merkmale der Mutter (Täterin)	Anmerkungen
Ständige Anwesenheit der Mutter bei ihrem Kind in der Klinik	Die Mutter weigert sich, vom Bett des Kindes zu weichen, auch wenn sie Pflegepersonal oder Angehörige der guten pflegerischen wie emotionalen Versorgung des Kindes versichern bzw. auf die emotionalen Bedürfnisse der Geschwisterkinder zu Hause hinweisen.
Entwicklung enger, vertraulicher Beziehungen zum Klinikpersonal	Falls die Mutter einmal kurz vom Krankenbett weicht, involviert sie das Pflegepersonal (z. B. die Nachtschwester), Ärzte sowie Eltern anderer kranker Kinder in einen Kontakt von ungewöhnlich rascher Vertraulichkeit. Einstiegsthema ist häufig die emotional eindringliche Schilderung ihrer Leidensgeschichte angesichts der unerklärlichen Symptome ihres Kindes und ihre erneute Hoffnung auf eine endgültige Diagnose, um die Behandlungsodyssee nun hoffentlich zum Ende führen zu können.
Ausbildung und/oder Berufserfahrung im medizinischen Bereich	Die Mutter hat eine einschlägige Vorbildung und wirkt v. a. hinsichtlich des Störungsbildes ihres Kindes sehr versiert. Sie kommuniziert bei Visiten vorzugsweise in medizinischer Fachterminologie, macht eigenständige Vorschläge zum weiteren diagnostischen Prozedere und diskutiert kritisch Untersuchungsbefunde bzw. insistiert auf bestimmten, oft invasiven Prozeduren.
Ungewöhnliche Gelassenheit bei akuten Krisenzuständen	Im Kontrast zur geschilderten Dramatik der Krankheitsgeschichte bleibt die Mutter bei akuten Verschlechterungen des Zustandsbildes sonderbar gefasst. Dies kann so weit gehen, dass sie in der Akutkrise den Arzt emotional zu beruhigen versucht. Eine Minderzahl von Müttern kann wiederum sehr agitiert wirken. Die akute Verschlechterung werten sie als Bestätigung für die Notwendigkeit einer intensivierten Diagnostik und für das Versagen eines bisher restriktiven Prozedere.
Vorliegen ähnlicher medizinischer Probleme bei der Mutter	Diese liegen vor, ohne dass diese familiäre Häufung genetisch oder als Effekt identischer Expositionsfaktoren erklärbar wäre. Die gleiche Symptomatik bei Kind und Mutter kann ein Hinweis auf eine Koexistenz von MSbP und MS sein.
Verfälschung auch der psychosozialen Anamnese	Verfälschung von z. B. Informationen zu den innerfamiliären Beziehungen und zum verwandtschaftlichen und sozialen Umfeld

Grundsätzlich bedeutsam sind Diskrepanzen zwischen den Schilderungen der Betreuungsperson (Mutter) und den klinischen Befunden, diagnostische Ergebnisse, die mit bekannten Krankheiten nicht vereinbar sind, oder die vermeintliche Entdeckung neuer oder extrem seltener Krankheitsbilder auf ärztlicher Seite.

Der Verdacht auf ein MSbP geht aus der Häufung der Merkmale hervor. Die Symptomatik ist sehr breit und vielgestaltig, über 100 verschiedene klinische Präsentationen sind beschrieben worden. Häufiger sind verbale Erfindungen als real induzierte Symptome. Man unterscheidet im Wesentlichen neurologische, hämatologische und gastrointestinale Verlaufsformen.

Häufigste Symptombilder

In mehr als der Hälfte der Fälle finden sich neurologische Symptome mit zerebralen Krampfanfällen, Ataxien, Lethargie, Komazuständen, Zyanoseattacken, Apnoen, ALTE bzw. »Near missed SIDS«. Etwa ein Drittel der Fälle betrifft den Magen-Darm-Trakt mit rezidivierendem Erbrechen und Durchfällen, gastrointestinalen Blutungen bzw. Blutbeimengung in Stuhl und Erbrochenem. Weiter finden sich erhöhte Temperaturen unklarer Genese, Bak-

teriämien, Hämaturien, Bakteriurien, Allergien, Hautausschläge, Elektrolytentgleisungen, Hypoglykämien (bei bestehendem Diabetes), Bluthochdruck, Kardiomyopathien, Gedeihstörungen, Frakturen, Osteomyelitis, vaginaler Ausfluss und vieles mehr. Die Symptome werden induziert durch Vergiften, Anersticken, Druck auf den Karotissinus, Gabe von Laxanzien, Kochsalz, Emetika, mechanische Manipulationen, Applikation von Blut aus anderen Quellen, Gabe gerinnungshemmender Medikamente oder Insulin zur Induktion von Hypoglykämien und eine große Vielfalt weiterer manipulativer Strategien.

6.4.4 Intervention beim MSbP

Einen hohen Stellenwert hat die Erhebung einer detaillierten Krankengeschichte. Durch die möglichst vollständige Einbeziehung früherer Arztkontakte, zurückliegender Befunde und Berichte und fremdanamnestischer Angaben auch über andere Familienmitglieder ist dies besonders mühsam und zeitraubend. Die sorgfältige Sichtung, Auflistung und kritische Bewertung der Konstellation sowie die auch für Nichtmediziner nachvollziehbare Begründung der Diagnose ist von erheblicher Bedeutung für die nachfolgende Intervention und die Sicherheit des Kindes. Dabei ist zu beachten, dass das MSbP bei Nichtmedizinern in der Regel wenig bekannt ist. Aufgrund des fürsorglichen und vertrauenswürdigen Eindrucks, den viele der Täterinnen hinterlassen, kann es sehr schwer sein, Jugendamt und Justiz vom Vorliegen eines MSbP und dem daraus resultierenden Risiko für das Kind zu überzeugen. Der effektive Schutz und der Zeitpunkt der Intervention hängen stark davon ab, wie gefährdet das Kind ist (z. B. induzierte Apnoen) und wie beweisbar das MSbP anhand der Datenlage ist. Immer ist ein hohes Maß interdisziplinärer Zusammenarbeit erforderlich. Meist kommt es dennoch zu einer deutlichen zeitlichen Verzögerung der Diagnose MSbP (1,5–2 Jahre).

Eine Konfrontation mit dem Misshandlungsvorwurf darf nicht zu früh erfolgen und muss sorgfältig vorbereitet sein. Die Manipulationen werden nahezu immer geleugnet, und es wird versucht, das Kind der medizinischen Obhut zu entziehen und den Misshandlungskreislauf an anderer Stelle fortzusetzen. Die Konfrontation führt bei den Tätern oft zu psychischer Dekompensation und selbstverletzendem Verhalten bis hin zum Suizid, was durch Anbahnung einer (erwachsenen-) psychiatrischen Intervention antizipiert und aufgefangen werden sollte.

Fast immer sind ein Sorgerechtsentzug und räumliche Trennung, mitunter dauerhaft, erforderlich. Da es trotz eindeutiger Diagnose nicht immer gelingt, dauerhafte juristische Regelungen zu etablieren, sind das Angebot einer Unterstützung für die Eltern, insbesondere auch für den nicht misshandelnden Elternteil, und der Aufbau einer therapeutischen Beziehung besonders wichtig. Dennoch besteht eine erhebliche Rezidivgefahr mit häufig fehlender Krankheitseinsicht bei den Schädigerinnen. Diese werden nicht selten als uneinsichtig und relativ therapieresistent mit hoher Verweigerungsrate beschrieben.

Trotz der insgesamt ungünstigen Aussichten ist die Reduzierung des Risikos von langfristigen Schäden bei den Opfern nur über eine aktive Intervention möglich (Tab. 6.4).

6.4.5 Verdeckte Videobeobachtung – Covert Video Surveillance (CVS) – beim Münchhausen-Syndrom-by-Proxy

Bei Müttern, die mit ihren Kindern aufgrund eines Verdachtes auf MSbP hospitalisiert waren, wurden in Studien wiederholt schwerwiegende Misshandlungen bis zu Tötungsversuchen per »versteckter Kamera« dokumentiert. Häufig war die sichere Diagnosestellung erst durch eine verdeckte Videobeobachtung möglich. Southall berichtete über 33 dokumentierte Misshandlungen bei 39 beobachteten Verdachtsfällen, darunter 30 Anerstickungen (Beinaheersticken), weiterhin Vergiftungen, Herbeiführen einer Fraktur und anderes. Von den 41 Geschwisterkindern der o. g. Kinder waren 12 verstorben, 11 der Todesfälle waren einem plötzlichen Kindstod (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS) zugeschrieben worden. Bei acht Fällen gaben die Eltern nach der verdeckten Videobeobachtung zu, die Kinder getötet zu haben (Southall et al. 1997).

Tab. 6.4 Pädiatrisches Vorgehen bei Verdacht auf Münchhausen-Syndrom-by-Proxy (Aus: Noeker et al. 2011)

Anamnese	Fremdanamnesen sowohl aus dem familiären Umfeld als auch bei vorbehandelnden Kollegen einholen Details der medizinischen und psychosozialen Anamnese verifizieren Überprüfen der Krankheits- und Behandlungsanamnese von Geschwistern und Eltern (Praxen, Kliniken)
Klinische Untersuchung	Zweifache Zielsetzung und Methode des Untersuchungsgangs: pädiatrisch und forensisch Beachten weiterer körperlicher und psychischer Misshandlungsanzeichen außerhalb des MSbP Verifizieren der Identität und Herkunft von Untersuchungsmaterial (z. B. Blutgruppenbestimmung) Toxikologisches Screening Test auf Nahrungsmittelunverträglichkeiten (doppelblind) Fotografische bzw. videografische Dokumentation Aufzeichnungen von (ereigniskorrelierten) Funktionsmessungen
Beobachtung	Krankenschwester dokumentiert unabhängig und parallel zu den Angaben der Mutter Bezugspflege mit klarer und kontinuierlicher Zuordnung von Patient zu Krankenschwester Dokumentation mütterlicher An- und Abwesenheit zur Überprüfung zeitlicher Assoziation mit dem Symptomverlauf
Management	Falls klinisch vertretbar, Medikation zur Beobachtung und Dokumentation der »baseline« der Symptome absetzen Hypothesen entwickeln und zu bestimmten konkreten Methoden der Symptomfabrikation überprüfen Prüfen, ob das Krankheits- und Inanspruchnahmeverhalten der Mutter durch eine zugrunde liegende Motivation, aus der Einnahme der Krankenrolle einen subjektiven Gewinn zu ziehen, plausibel nachvollzogen werden kann Fallkonferenz zur Abstimmung der Planung einer diagnostischen Trennung unter Beteiligung des Jugendamts Diagnostische Trennung der Mutter vom Kind

6.5 Absichtlich beigebrachte Intoxikationen

Bei den absichtlich beigebrachten Vergiftungen handelt es sich um eine selten diagnostizierte Variante der Kindesmisshandlung, deren tatsächliches Ausmaß unbekannt ist. Eine Übersicht führt 141 Fallbeschreibungen auf (Henretig et al. 2009).

Auch wenn sich phänomenologisch Überschneidungen mit Fällen eines Münchhausen-Syndrom-by-Proxy mit Intoxikationen aufdrängen, geht man bei absichtlich beigebrachten Intoxikationen von einer anderen zugrunde liegenden Psychopathologie aus. Es fehlt die Komponente, als Täter von der medizinischen Behandlung profitieren zu wollen, und es scheinen eher bestrafende und sadistische Motive zu überwiegen.

Eine Reihe von Toxinen, die Kindern in der Regel unbemerkt beigebracht werden, sind gängigen Drogen zuzuordnen. Andere bedürfen einer speziellen Analyse, was insbesondere für zahlreiche Arzneimittel gilt und für ungewöhnliche Toxine. Einzelne Substanzen führen zur Bewusstlosigkeit des Opfers und ermöglichen den sexuellen Missbrauch eines Kindes, so z. B. die sog. K.-o.-Tropfen (▶ Kap. 6.5.3). In sehr seltenen Fällen werden v. a. Säuglinge und Kleinkinder durch Beibringung einer Überdosis von z. B. Schlafmitteln getötet (▶ Kap. 15). Der tödliche Ausgang der Intoxikation dürfte dabei häufig nicht beabsichtigt, sondern durch eine Fehldosierung (evtl. auch durch Kumulation einer Substanz) verursacht sein.

6.5.1 Überblick und Kennzeichen

Zur Diagnose einer absichtlichen Vergiftung sind die Abgrenzung und Kriterien akzidenteller Vergiftungen besonders bedeutsam (▶ Übersichten).

Akzidentelle Intoxikationen: Charakteristika

- Typisches Alter von 2–3 Jahren (etwa 50% der akzidentell vergifteten Kinder sind 2-Jährige)
- Vorkommen kaum < 1 Jahr
- Vorkommen kaum bei den 6- bis 10-Jährigen
- Vorkommen während Pubertät durch suizidale Intoxikationen wieder zunehmend
- Vorkommen der meisten Fälle tagsüber im häuslichen Bereich

Absichtlich beigebrachte Intoxikationen: Charakteristika

- Ungewöhnliches Alter: < 1 Jahr oder zwischen 5 und 10 Jahren
- Ungewöhnliche Gifte, z. B. Drogen oder Drogenersatzstoffe (Methadon) bei substituierten Sorgeberechtigten
- Multiple Gifte
- Höhere Letalität als bei akzidentellen Intoxikationen
- Fehlende oder unpassende Anamnese
- Wiederholte und ungewöhnliche Intoxikationen
- Verzögertes Aufsuchen medizinischer Hilfe
- Koexistierende Hinweise auf Misshandlung oder Vernachlässigung

Bisweilen kommt es zu medizinisch nicht plausibel erklärbaren Symptomen, die zunächst nicht auf eine Intoxikation zurückgeführt werden: Krampfanfälle, Erbrechen, Durchfälle, Apnoeanfälle, ungeklärte Symptome, die im Krankenhaus sistieren. Auch ungeklärte unerwartete Todesfälle können auf einer absichtlich beigebrachten Intoxikation beruhen.

Anamnese

Anamnestisch muss im Einzelfall eine genaue Aufstellung von im Haushalt vorhandenen Substanzen erfolgen und deren Zugänglichkeit geklärt werden. Weiterhin ist eine genaue Entwicklungsanamnese erforderlich, um zu klären, ob das Kind tatsächlich in der Lage ist, sich selbst Zugang zu den Mitteln zu verschaffen. Unerklärte, ungewöhnliche klinische Symptome in der Anamnese, die auf Intoxikationen beruhen könnten, sind ebenso zu erfragen wie ungeklärte Todesfälle von Geschwistern, familiäre Belastungs- und Stressfaktoren oder Drogen-, Alkohol- und Medikamentenabusus der Eltern.

Labordiagnostik

Bei der Labordiagnostik muss berücksichtigt werden, dass nicht alle Substanzen im Routine-Drogenscreening erfasst werden. Enthalten sind in der Regel: Barbiturate, Benzodiazepine, Cannabinoide, Cocain, Opiate, einige Stimulanzien (Tab. 6.5).

Daneben gibt es ein weites Spektrum an denkbaren Substanzen, die Säuglingen und Kindern absichtlich beigebracht werden können und die im herkömmlichen Drogenscreening nicht erfasst werden (Tab. 6.6). Aus dieser Gruppe sollen einige häufiger vorkommende Substanzen genannt werden.

Bei unklarer Verdachtslage empfiehlt sich, ein polytoxikologisches Screening in einem Labor durchzuführen, das die Richtlinien der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie (www.gtfch.org) einhält.

6.5.2 Weitere häufiger verwendete Noxen

Weitere und häufiger verwendete Noxen im Zusammenhang mit einer Kindesmisshandlung sind nachfolgend genannt, jeweils mit der mehr oder weniger charakteristischen klinischen Symptomatik.

Ipecac Ipecac verursacht bei chronischer Intoxikation eine Kolitis sowie Herz- und Skelettmuskelschwäche. CK und Aldolase sind im Serum erhöht sowie Emetine in Serum und Urin (des Öfteren falsch negativ).

Laxanzien Laxanzien führen zu unerklärten, chronischen, in der Regel nicht blutigen Durchfällen, teils mit Gedeihstörungen. Anthracene in Senna, Cascara und Aloe führen zu brauner Pigmentation der Sigmaschleimhaut, die endoskopisch auffallen kann (sog. Pseudomelanosis coli). Hinweisend kann auch eine Hyperphosphatämie sein.

Tab. 6.5 Nachweisbarkeit von Toxinen im Drogenscreening

Parameter	Substanzen	HWZ im Plasma	Nachweis im Blut	Nachweis im Urin
Barbiturate		1–6 Tage (je nach Substanz)	> 0,2 µg/ml	1–7 Tage
Benzodiazepine		0,5–4 Tage (je nach Substanz)	> 0,2 µg/ml	1–8 Tage
Cannabinoide	Hauptwirkstoff: Tetrahydro-cannabinol (THC)	Maximalspiegel: Nach Rauchen: ca. 2 Std. Orale Aufnahme: ca. 5 Std.	Negativ: < 25 ng/ml Grauzone: 25–50 ng/ml Positiv: > 50 ng/ml	Singulärer Konsum: 3–4 Tage Gelegentl. Konsum: bis 10 Tage Dauerkonsum: bis zu 35 Tage
Kokain		1 Std.	> 0,3 µg/ml	1–2 Tage
Heroin	Rascher Abbau zu Morphin, Codein	1–2 Std.	> 0,3 µg/ml	1–4 Tage
Opium	Enthält 20 Alkaloide, v. a. Morphium			
Stimulanzien	Amphetamin, Metamphetamin	7–34 Std.	> 1,0 µg/ml	1–3 Tage

Tab. 6.6 Nicht im Drogenscreening erfasste Noxen, u. a. Arzneimittel

Potenziell komatös wirkende Toxine	Potenziell kreislaufdepressiv wirkende Toxine	Toxine, deren Nachweis spezieller Analytik bedarf[1]
Mit Miosis: - Clonidin - Chloralhydrat - Organophosphate - Tetrahydrozolin (Augentropfen) - Bromide Mit Mydriasis: - Kohlenmonoxid - Zyanide - Methämoglobinbildner[2] - LSD	Mit Bradykardie: - Kalziumkanalblocker (Nifedipin, Verapamil) - Betablocker - Clonidin - Digitalis Mit Tachykardie: - Beta-adrenerge Agonisten (Beta-Mimetika) - Colchizin - Eisen - Amatoxine[3]	Antiepileptika Ipecac Manche Benzodiazepine Fentanyl »Designer-Drogen« Orale Antidiabetika Insulin Gammahydroxy-Buttersäure (GHB)[4]

[1] Mit dem jeweiligen kooperierenden Labor zu klären
[2] Nitrate, Nitrite, Anilin, Phenacetin, Dapson, Gyromitra esculenta (Frühjahrslorchel)
[3] z. B. Knollenblätterpilz
[4] Häufig als sog. K.-o.-Tropfen verwendet

Pfeffer- und Chiliverabreichung Neben der erzwungenen Ingestion von Seife als Bestrafung wurde wiederholt über erzwungene Pfefferapplikationen zur Disziplinierung berichtet. Diese verlaufen häufig letal durch Aspiration und scheinen nahezu ausschließlich eine Misshandlungsgenese zu haben. Als Disziplinierungsmaßnahme wird auch vereinzelt anekdotisch über erzwungene orale Gabe von Tabasco- und Chili als auch über die vaginale oder anale Applikation von Chilischoten berichtet.

Kochsalzintoxikation Kochsalzintoxikationen und Wasserentzug werden im Zusammenhang mit Bestrafung einer Enuresis beschrieben. Klinisch imponieren Lethargie, Erbrechen, Krampfanfälle, Dehydratation und Hypothermie, das Serum-Natrium liegt oft über 180 mval/l. Etwa ein Drittel der Fälle verläuft letal.

Wasserintoxikation Wasserintoxikationen durch forcierte orale oder rektale Applikation führen zu ausgeprägten Hyponatriämien, letale Verläufe sind beschrieben.

6.5.3 Sog. K.-o.-Tropfen bei sexuellem Missbrauch von Jugendlichen

Gelegentlich werden zum Zweck des ungestörten sexuellen Missbrauchs unbemerkt sog. K.-o.-Tropfen verabreicht, um die dadurch hervorgerufene Bewusstlosigkeit auszunutzen. Die Substanz, das sog. »Liquid Ecstacy«, ist mit dem »üblichen« Ecstacy bzw. ähnlichen Drogen chemisch nicht verwandt. Das »Liquid Ecstacy« wird unter zahlreichen verschiedenen Namen in der Szene angeboten; es handelt sich chemisch um Gamma-Hydroxy-Buttersäure (GHB). Als Partydroge ist GHB in den 90er Jahren aufgetaucht, in Deutschland unterliegt GHB seit dem 1. März 2002 den betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften. Die Substanz ist farb- und geruchlos, wird gelegentlich als leicht salzig empfunden, ein Eindruck, der durch den Eigengeschmack des Getränkes in der Regel überdeckt wird.

Wirkungen

GHB wirkt euphorisierend, antriebssteigernd, entspannend, sexuell stimulierend, einschläfernd und verwirrend. Mit einem Wirkungseintritt kann ca. 15 Minuten nach Einnahme gerechnet werden. Der Täter wartet die von ihm gewünschte einschläfernde Wirkung ab, später tritt nicht selten ein für den Täter vorteilhafter Gedächtnisverlust (retrograde Amnesie) auf. Die Wirkung von GHB wird durch z. B. Alkohol und/oder andere Drogen zum Teil erheblich verstärkt. Wegen der geringen »therapeutischen« Breite des GHB sind Todesfälle nicht ausgeschlossen und bei Suiziden bekannt.

Opfer von K.-o.-Mitteln kommen häufig erst Stunden nach der Tat wieder zu Bewusstsein, Erinnerungen kommen, wenn überhaupt, nicht selten nur teilweise und zeitlich verzögert zurück. Der Zeitverlust bis zum allmählichen Zurückkehren der Erinnerungen führt, wenn das Schamgefühl des Opfers nicht überwiegt, zu einer häufig relativ späten Aussprache mit Angehörigen oder Freunden und dem Aufsuchen einer Opferhilfsorganisation und/oder der Polizei. Dadurch können weitergehende Untersuchungen (Entnahme einer Blutprobe, Abgabe einer Urinprobe, Anfertigung eines Abstrichs, Dokumentation von u. U. vorhandenen Begleitverletzungen) nicht mehr sinnvoll durchgeführt werden.

GHB wird sehr rasch aus dem Körper eliminiert (die Eliminationshalbwertszeit beträgt 20 Min. bis 1 Std.), zugleich ist GHB physiologisch im Organismus vorhanden. Erhöhte GHB-Spiegel im Blut können daher nur sehr zeitnah im Blut nachgewiesen werden (bis zu 6 Stunden; im Urin bis zu 12 Stunden); ein Screening und der Nachweis von GHB sind aufwändig und erfordern Analyseverfahren, die nur in speziellen Laboratorien verfügbar sind. Ist nach der mitgeteilten Vorgeschichte der begründete Verdacht auf eine GHB-Applikation gegeben, so sollte möglichst schnell eine Blut- und Urinprobe entnommen und tiefgefroren asserviert werden.

> **Für die »Party-Praxis« weiblicher Teenager können folgende Ratschläge empfohlen werden:**
> - **Partys und Discos außerhalb des engeren Freundeskreises nie allein aufsuchen.**
> - **Eine Begleitperson sollte immer in der Nähe sein.**
> - **Die Begleitperson sollte auf den Konsum alkoholhaltiger Getränke verzichten.**
> - **Kein gemeinsamer Toilettenbesuch.**
> - **War das eigene Glas unbeaufsichtigt, vorsichtshalber ein neues Getränk bestellen und auf den ordnungsgemäßen Verschluss des Getränkes achten.**

Diese Ausführungen zum heimlichen Beibringen von GHB betreffen nicht nur minderjährige, sondern natürlich auch erwachsene Opfer einer (Sexual-) Straftat.

6.6 Genitalverstümmelung, Female Genital Mutilation (FGM)

Weltweit leben etwa 100–150 Millionen Frauen und Mädchen, deren Genitalien verstümmelt wurden, jährlich kommen ca. 3 Millionen Mädchen hinzu. Die weibliche Genitalverstümmelung kommt v. a. in Afrika vor, auf Teilen der arabischen Halbinsel und in Teilen Asiens. Überwiegend findet die Verstümmelung zwischen dem 8. und dem 12. Lebensjahr statt, aber auch schon bei Säuglingen. Die Verstümmelung weiblicher Genitale gab es auch im Europa des 19. und 20. Jahrhunderts gegen Wahnsinn, Epilepsie, Hysterie und Masturbation. In Deutschland leben nach Schätzungen zwischen 20.000 und 40.000 Frauen, die eine verstümmelnde genitale Beschneidung erleiden mussten. Etwa 3.000–6.000 Mädchen in Deutschland gelten als gefährdet, weil ihre Eltern eine genitale Beschneidung wünschen und sich auch mit Anfragen an Gynäkologen wenden; dies betrifft insbesondere Mädchen nahöstlicher und afrikanischer Herkunft.

In folgenden Ländern wird die Genitalverstümmelung durchgeführt:
Ägypten, Äquatorialafrika, Äthiopien, Benin, Burkina Faso, Dschibuti, Elfenbeinküste, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea und Guinea-Bissau, Kamerun, Kenia, Liberia, Mali, Mauretanien, Niger, Nigeria, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Tansania, Togo, Tschad, Uganda, Zaire, Zentralafrikanische Republik. Für weitere Länder wie Indien, Indonesien, Malaysia, Jemen, die Vereinigten Arabischen Emirate und den Irak liegen keine Angaben zur Häufigkeit vor.

Die Begriffe »Beschneidung« und »Genitalverstümmelung« sind keine Synonyme: Beschneidung bezeichnet auch die Entfernung der Vorhaut bei Jungen und wird als Begriff für die weibliche Genitalverstümmelung als irreführende Verharmlosung abgelehnt.

6.6.1 Begründungen bzw. Erklärungen und Arten

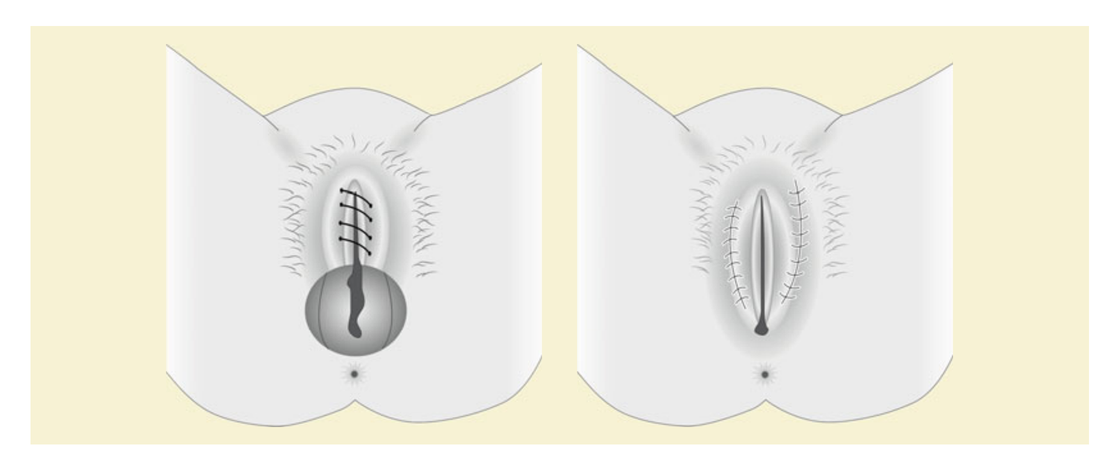
Obwohl die Genitalverstümmelung eine Reihe von ausschließlich irrationalen Begründungen findet, handelt es sich dabei um tief im Bewusstsein verankerte Vorstellungen auch und gerade bei Frauen, die selbst eine Genitalverstümmelung erdulden mussten. Eine differenziertere Erklärung für die verschiedenen Arten der Genitalverstümmelung gibt es nicht.

Als Begründung für die Notwendigkeit der Genitalverstümmelung bei Mädchen wird verwiesen auf

- die Gedankenwelt der einzelnen Ethnien
- tradierte Mythen
- eine fundamentale Unkenntnis biologischer und medizinischer Fakten
- eine falsche Interpretation religiöser Vorgaben bzw. des Islam
- patriarchalische Strukturen mit einhergehender Unterdrückung der Frau
- die Verstümmelung als Mittel zur Kontrolle (Schutz vor Verlust der Jungfräulichkeit, vor Promiskuität in der Ehe, Reduzierung der Frau auf ihre Gebärfähigkeit)
- drohende soziale Isolation: ausgestoßen werden aus Gemeinschaften, die Genitalverstümmelung praktizieren, schlechtere oder keine Chance, verheiratet zu werden oder zu heiraten, da nicht verstümmelte Frauen dort als promisk und »lüstern« gelten

Bei Mädchen wird die rituelle bzw. kulturell motivierte Genitalverstümmelung in unterschiedlichen Formen durchgeführt. Die Klassifikation der WHO unterscheidet vier Formen:

- Typ I (Sunna): Exzision der Klitorisvorhaut mit der ganzen oder einem Teil der Klitoris
- Typ II (Exzision): Klitoridektomie, die Klitoris wird vollständig entfernt, die kleinen Labien teilweise oder vollständig, die Vaginalöffnung wird nicht verschlossen
- Typ III (Infibulation oder pharaonische bzw. sudanesische Genitalverstümmelung): Klitoris und Labia minora werden vollständig entfernt, die Labia majora teilweise durch Abtrennung der inneren Seiten der großen Labien, evtl. auch eines Teils des Venushügels. Die verblei-



6

Abb. 6.18 Schematische Darstellung der Genitalverstümmelung. **a** Klitoridektomie, **b** Infibulation

benden Hautanteile werden zusammengenäht, sodass beim Zusammenwachsen eine Brücke aus Narbengewebe über der vaginalen Öffnung bleibt, eine sehr kleine Öffnung (bis erbsgroß) für Menstruationsblut und Urin wird belassen
- Typ IV – verschiedene nicht klassifizierbare Praktiken: z. B. Punktion, Piercing, Einschnitt und Einriss der Klitoris.

Die beiden wesentlichen Formen der Genitalverstümmelung sind in Abb. 6.18 a und b schematisch dargestellt.

Der Eingriff wird in den allermeisten Fällen ohne Betäubung und unter schlechten hygienischen Bedingungen vorgenommen, in Ländern wie Ägypten, Kenia oder Guinea aber auch zunehmend in Krankenhäusern unter Narkose. Klitoridektomie und Exzision kommen in ca. 80–85% der Fälle vor (z. B. im Senegal, Togo, Elfenbeinküste); die in 15–20% der Fälle vorliegende Infibulation wird mehr in Ostafrika praktiziert (Somalia, Äthiopien, Eritrea, aber auch im Sudan) (Abb. 6.19).

Die physischen und psychischen Nebenwirkungen sind erheblich, es kommt zu akuten und chronischen Komplikationen. Bei den nachfolgend genannten Komplikationen handelt es sich um eine Ergänzung der »Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung; female genital mutilation« der Bundesärztekammer aus dem Jahre 2006 (ergänzt im Januar 2013; abrufbar unter www.baek.de/ Stichwort: Empfehlungen).



Abb. 6.19 Zustand nach Infibulation. Narbiger Verschluss und Verbleiben einer sehr kleinen Öffnung zur Ableitung von Menstrualblut

6.6.2 Komplikationen der Genitalverstümmelung

Akute Komplikationen:
- Psychisches Akut-Trauma
- Infektionen (Lokalinfektion, Allgemeininfektion, septischer Schock, HIV-Infektion, Tetanus, Gangrän)
- Probleme beim Wasserlassen (Urinretention, Ödem der Urethra, Dysurie)
- Verletzung benachbarter Organe (Urethra, Blase, Analsphinkter, Scheide, Bartholinische

Drüsen), Frakturen (Femur, Clavicula, Humerus durch Festhalten des Kindes)
- Blutungen (Hämorrhagien, Schock, Anämie, Tod)

Subakute und chronische somatische Komplikationen:
- Verzögerte Wundheilung durch Infektion, Anämie, Unterernährung
- Aszendierende Infektionen (Urozystitis, Urethritis, Vaginitis)
- Sexualität/Menstruation (Dyspareunie/Apareunie, Vaginalstenose, Infertilität/Sterilität, Dysmenorrhoe, Menorrhagie, chronische Vaginitis, Endometritis, Adnexitis)
- Vaginismus (Scheidenkrampf)
- Probleme beim Wasserlassen (rezidivierende Harnwegsinfektion, prolongiertes Wasserlassen, Inkontinenz, Vaginalkristalle)
- Komplikationen des Narbengewebes (Abszessbildung wie Vulvovaginalabszesse, Keloidbildung, Dermoidzysten, Neurinome, z. B. als Amputationsneurinom des Klitorisnervs)
- Hämatokolpos, Pyokolpos

Schwangerschaftsbedingte und geburtshilfliche Komplikationen:
- Rissverletzungen
- Verstärkte Blutungen
- Wunddehiszenzen
- Protrahierter Geburtsverlauf
- Extreme Belastung des Beckenbodens
- Weitere Komplikationen während Schwangerschaft und Geburt (Vaginaluntersuchung erschwert, Katheterapplikation nicht möglich, Messung des fetalen Skalp-pH unmöglich, Austreibungsphase verlängert, Perinealrisse, postpartale Hämorrhagie, perineale Wundinfektion, vesiko-/rektovaginale Fistelbildung, perinatale Mortalität erhöht)

Empfehlungen

In einer Stellungnahme zur weiblichen Genitalverstümmelung hat sich die Arbeitsgemeinschaft »Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit« (FIDE) für den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie geäußert. Unter Einbeziehung dieser Stellungnahme formulierte die BÄK Empfehlungen für Arzt-Patienten-Kontakte:
- Einfühlsame Anamnese, evtl. mit Dolmetscherin (im Einzelgespräch und/oder mit der Familie). Es sollte den Frauen gegenüber der Terminus »Beschneidung« verwendet werden.
- Einfühlsame Befunderhebung und Untersuchung
- Infektionen indiziert behandeln
- Blut- und Urinabflussbehinderungen beheben
- Je nach Beschneidungsgrad die Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr (Kohabitationsfähigkeit) herstellen durch Öffnung des Scheidenausgangs unter Anästhesie
- Bei schwangeren beschnittenen Frauen mit engem Scheidenausgang kann eine erweiternde Operation bereits während der Schwangerschaft medizinisch indiziert sein, insbesondere wenn Vaginal- und Blaseninfektion während der Schwangerschaft aufgetreten sind. Wegen einer möglichen Traumatisierung soll eine geeignete Anästhesieform gewählt werden, um Erinnerungen an die Beschneidung zu vermeiden.
- Unter der Geburt soll durch Öffnung der Infibulation, durch kontrollierten Dammriss oder Episiotomie eine normale Geburt ermöglicht werden.

Die Genitalverstümmelung erhöht das Risiko für Komplikationen bei der Entbindung um das 2- bis 3-fache. Erhöhte Risiken betreffen einen Kaiserschnitt, postpartale Hämorrhagien, einen verlängerten Krankenhausaufenthalt, eine notwendige Reanimation des Neugeborenen, eine Totgeburt und/oder den frühzeitigen Tod des Neugeborenen. Die Risiken sind umso größer, je schwerer die Genitalverstümmelung ist.

Im November 2006 haben auf Initiative von Rüdiger Nehberg und TARGET hochrangige islamische Gelehrte an der Al-Azhar Universität in Kairo geklärt, dass der Koran keine Aufforderung oder gar Verpflichtung zur Genitalverstümmelung enthält. In der Erklärung (Abb. 6.20) heißt es u. a.:

> » Die Genitalverstümmelung bei Frauen ist eine ererbte Unsitte (…) ohne textliche Grundlage im Koran (…) Die heutzutage praktizierte

weibliche Genitalbeschneidung fügt der Frau physische und psychische Schäden zu. Daher müssen diese Praktiken unterbunden werden in Anlehnung an einen der höchsten Werte des Islam, nämlich den Menschen unbegründet keinen Schaden zuzufügen.

Neben der Aufklärung über die fehlende religiöse Begründung für eine Genitalverstümmelung gilt es v. a., den Bildungsstand der betroffenen Frauen und Mädchen zu verbessern und durch gute Aufklärungsarbeit die angeblich notwendige Verstümmelung als durch nichts zu rechtfertigende Maßnahme zu bekämpfen. Dennoch ist davon auszugehen, dass zahlreiche und nicht nur fundamentalistische Islamgelehrte, Wahabiten usw. an der religiösen Rechtfertigung der Genitalverstümmelung auf dem afrikanischen und asiatischen Kontinent aktiv mitwirken.

6.6.3 Rechtslage

In den westlichen Ländern gibt es nur wenige Urteile, die sich mit der weiblichen Genitalverstümmelung befassen. Im US-Bundesstaat Georgia entfernte ein 30-jähriger Einwanderer aus Äthiopien seiner 2-jährigen Tochter die Klitoris mit einer Schere. Die Geschworenen befanden den Mann der schweren Körperverletzung und Misshandlung schuldig, das Gericht verhängte eine Freiheitsstrafe von 10 Jahren. Im deutschsprachigen Raum verurteilte das Obergericht des Kantons Zürich ein aus Somalia stammendes Ehepaar wegen einer mit Hilfe eines ebenfalls aus Somalia stammenden Arztes auf dem Küchentisch vorgenommenen rituellen Genitalverstümmelung zu einer Freiheitsstrafe von jeweils 24 Monaten, ausgesetzt auf zwei Jahre zur Bewährung (strafbar gem. Art. 122 Abs. 2 schweiz. StGB). Die tiefe Verankerung der rituellen Genitalverstümmelung in einer Reihe von Kulturen verdeutlicht folgende Aussage einer Frau aus Guinea: »Ich war in diesem Jahr in Guinea und wollte meine dritte Tochter beschneiden lassen, doch ich hatte Angst, sie würde erzählen, was ihr geschehen ist. Deshalb warte ich noch ein wenig, bis sie weiß und versteht, dass es gefährlich ist, Deutschen davon zu erzählen. Ich werde sie beschneiden lassen. Ihr Körper muss das Zeichen der Klinge tragen. Das ist sehr wichtig.«

توصيـــات المؤتمـــر

*****

بسم الله الرحمن الرحيم

انعقد "مؤتمر العلماء العالمي نحو حظر انتهاك جسد المرأة" في الأول والثاني من ذي القعدة ١٤٢٧ هـ الموافق ٢٢ – ٢٣/١١/٢٠٠٦م في رحاب الأزهر، وألقي فيه عدد من البحوث، وبعد مناقشات السادة العلماء والأطباء والمتخصصين والمهتمين من مؤسسات المجتمع المدني في مصر وأوربا وأفريقيا توصل المؤتمر إلى ما يلي:

١. كرّم الله الإنسان فقال تعالى: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِيٓ ءَادَمَ﴾ فحرم الاعتداء عليه أيًا كان وضعه الاجتماعي، ذكرًا كان أم أنثى.

٢. ختان الإناث عادة قديمة ظهرت في بعض المجتمعات الإنسانية، ومارسها بعض المسلمين في عدة أقطار تقليدًا لهذه العادة دون استناد إلى نص قرآني أو حديث صحيح يحتج به.

٣. الختان الذي يمارس الآن يلحق الضرر بالمرأة جسديًا ونفسيًا، ولذا يجب الامتناع عنه امتثالاً لقيمة عليا من قيم الإسلام، وهي عدم إلحاق الضرر بالإنسان، كما قال رسول الله صلى الله عليه وسلم "لا ضرر ولا ضرار في الإسلام" بل يُعد عدوانًا يوجب العقاب.

٤. يناشد المؤتمر المسلمين بأن يكفوا عن هذه العادة، تماشيًا مع تعاليم الإسلام التي تحرم إلحاق الأذى بالإنسان بكل صوره وألوانه.

٥. كما يطالبون الهيئات الإقليمية والدولية بذل الجهد لتثقيف الناس وتعليمهم الأسس الصحية التي يجب أن يلتزموا بها إزاء المرأة، حتى يقلعوا عن هذه العادة السيئة.

٦. يُذكّر المؤتمر المؤسسات التعليمية والإعلامية بأن عليهم واجبًا محتمًا نحو بيان ضرر هذه العادة، والتركيز على آثارها السيئة في المجتمع، وذلك للإسهام في القضاء على هذه العادة.

٧. يطلب المؤتمر من الهيئات التشريعية سن قانون يُحَرِّمُ ويُجَرِّمُ من يمارس عادة الختان الضارة فاعلاً كان أو متسببًا فيه.

٨. كما يطلب من الهيئات والمؤسسات الدولية مد يد المساعدة بكافة أشكالها إلى الأقطار التي تُمارس فيها هذه العادة كي تعينها على التخلص منها.



Abb. 6.20 Arabischsprachige Fatwa gegen weibliche Genitalverstümmelung, Kairo 2006

Der verstümmelnde Eingriff ist in Deutschland – unabhängig davon, ob von einem Laien oder einem Arzt durchgeführt – strafbar als schwere Körperverletzung (§ 226 StGB). Ende September 2013 trat ein Sondertatbestand in Kraft, eingeführt als § 226a StGB. Dieser lautet:

§ 226a Verstümmelung weiblicher Genitalien
(1) Wer die äußeren Genitalien einer weiblichen Person verstümmelt, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft.
(2) In minder schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren zu erkennen.

Dies gilt auch, wenn der Eingriff auf Verlangen der Patientin vorgenommen wird (vgl. BT-Drs. 13/8281

v. 23.07.1997), denn der Eingriff ist in keinster Weise medizinisch indiziert. Strafrechtliche Entscheidungen zu einer rituellen Genitalverstümmelung mit einem kulturellen Hintergrund aus den o. g. Ländern Afrikas und Asiens liegen in Deutschland nicht vor. In einem Fall von nicht ritueller Genitalverstümmelung hatte der Stiefvater seiner 15-jährigen Stieftochter Teile der Schamlippen mit einem Skalpell entfernt und war deshalb u. a. wegen gefährlicher Körperverletzung zu 3 Jahren und 9 Monaten Freiheitsentzug verurteilt worden (LG Münster, Urt. v. 11.03.2002 – Az.: 16 Ns 55 Js 1669/99).

Standesrechtlich steht einer Genitalverstümmelung durch Ärzte die (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte entgegen, wo es u. a. in § 2 Abs. 1 MBO-Ä i.d.F. des Beschlusses des 118. Deutschen Ärztetages 2015 heißt:

» Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.

Bereits 1999 hat der 99. Deutsche Ärztetag eine Entschließung verabschiedet:

» Der 99. Deutsche Ärztetag verurteilt die Beteiligung von Ärzten an der Durchführung jeglicher Form von Beschneidung weiblicher Genitalien und weist darauf hin, dass entsprechend der Generalpflichtenklausel der Berufsordnung für die deutschen Ärzte derartige Praktiken berufsrechtlich zu ahnden sind. In anderen europäischen Staaten (z. B. Norwegen, Dänemark Frankreich) ist die rituelle Verstümmelung weiblicher Genitalien bereits gesetzlich unter Strafe gestellt.

Das Zuwanderungsgesetz, das Anfang 2005 in Kraft trat, hat geschlechtsspezifische Bedrohungen wie die Genitalverstümmelung als Asylgrund anerkannt. Innerhalb von zwei Jahren erhielten 32 Frauen Asyl, weil ihnen in ihren Heimatländern eine Genitalverstümmelung drohte. Der Bundesgerichtshof hat den teilweisen Entzug des den Eltern zustehenden Aufenthaltsbestimmungsrechts als geeignete Schutzmaßnahme bestätigt, um von einem in Deutschland lebenden Mädchen (nichtdeutscher Staatsangehörigkeit) die Gefahr einer drohenden Genitalverstümmelung durch Verbringen in das afrikanische Heimatland (Gambia) abzuwenden (BGH, Beschl. v. 15.12.2004 – Az.: XII ZB 166/03).

Grundsätzlich hat der BGH in seinem Beschluss vom 15.12.2004 (Az.: XII ZB 166/03) klargestellt, dass dem Recht des Kindes auf Schutz seiner Menschenwürde und seiner körperlichen Unversehrtheit die höchste Priorität einzuräumen ist. Hinter diesem Recht muss das Elternrecht der Mutter zurücktreten, auch das Recht des Kindes, seine Verwandtschaft im Heimatstaat zu besuchen, und auch »Vorstellungen von Kultur, Tradition, Religion und Erziehung« müssen zurücktreten, weil »die drohende Schädigung (…) unter keinem Gesichtspunkt zu tolerieren« ist. Weiter heißt es:

» Nach Auffassung des Senats handelt es sich bei der Genitalverstümmelung um einen schweren Eingriff, der bleibende physische und psychische Schäden zur Folge hat. Dabei verbietet sich eine Unterscheidung nach der Art der Verstümmelung, denn in allen Fällen liegt eine grausame, folgenschwere und durch nichts zu rechtfertigende Misshandlung vor.

6.6.4 Geforderte Präventionsmaßnahmen

In der Diskussion zur Verbesserung der Situation für betroffene Mädchen und Frauen gibt es unterschiedliche Forderungen:

1. Reihenuntersuchung aller minderjährigen Mädchen der Risikogruppe. Führen einer Liste bei den Sozialämtern.
2. Neugeborene Töchter (ca. 2.000 pro Jahr in Deutschland) werden automatisch registriert. Die Eltern werden bis zur Volljährigkeit des Mädchens jährlich aufgefordert, ihre Tochter einer obligatorischen Untersuchung bei lokalen Amtsärztinnen vorzustellen.

3. Wird eine Genitalverstümmelung bei einem in Deutschland geborenen oder hier lebenden Mädchen festgestellt, so ist dies der zuständigen Staatsanwaltschaft zu melden.
4. Neue Zuwanderinnen sollen automatisch zu einer Untersuchung vorgeladen werden.
5. Verankerung einer gesetzlichen Meldepflicht, wenn medizinisches Personal eine (in Deutschland vorgenommene) Genitalverstümmelung feststellt. Die bisher lediglich fakultative Möglichkeit, die (ärztliche) Schweigepflicht zu missachten, reicht nicht aus.
6. Durchführung von Aufklärungsmaßnahmen und ein Aktionsplan zur Vernetzung (wie z. B. in Norwegen und Großbritannien).
7. Einführung von Beratungsangeboten für betroffene Frauen und Ärzte.

Neben der Verbreitung der Erklärung islamischer Rechtsgelehrter auf der Konferenz von Kairo gibt es in einzelnen Ländern staatliche Initiativen. So hat die Regierung von Eritrea mit Wirkung ab dem 31. März 2007 dort die Genitalverstümmelung von Frauen unter Strafe gestellt (in Eritrea sind ca. 90% der Frauen betroffen!). Dennoch ist Skepsis angebracht, da in vielen Ländern zwar die Genitalverstümmelung verboten ist, in der Praxis aber keine Bestrafung erfolgt. Wirksamer wäre es, wenn die religiösen Führer gegen die Genitalverstümmelung predigen und die Beschlüsse der oben erwähnten Kairoer Konferenz in die Praxis umgesetzt würden.

6.7 Kinder als Opfer von Folter und ritueller Gewalt

Zu den Sonderformen der Kindesmisshandlung zählen Methoden der physischen und psychischen Gewalt, die gezielt als Folter eingesetzt werden, vergleichbar mit der Folter von Erwachsenen. Zur Kenntnis der verschiedenen Formen der Folter und der dadurch verursachten Verletzungen bzw. Traumata darf auf die einschlägige Literatur verwiesen werden. Dies gilt auch für die in diesem Zusammenhang geltenden internationalen Normen (UN-Antifolterkonvention, European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Cairo Declaration on Human Rights in Islam etc.). Übergänge bestehen zur rituellen Gewalt, bei der systematisch schwerwiegende sexuelle, physische und emotionale Gewalt im Rahmen von ideologisch motivierten Zeremonien beziehungsweise Ritualen ausgeübt wird, die den Anschein von Religiosität, Magie oder übernatürlichen Zusammenhängen suggerieren sollen.

Literatur

American Academy of Pediatrics (2005) Kellogg N and the Committee on Child Abuse and Neglect. Oral and dental aspects of child abuse and neglect. Pediatrics 116: 1565–1568. aappolicy.aappublications.org/cgi/reprint/pediatrics;116/6/1565

American Academy of Pediatrics (2013) Flaherty EG, MacMillan HL and Committee on Child Abuse and Neglect. Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Manifestation of Child Maltreatment. Pediatrics 132: 590–597. pediatrics.aappublications.org/content/132/3/590.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect & the American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs (2010) Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect. Clinical Guidelines: Reference Manual 33: 147–150. www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Childabuse.pdf

Barnes PM, Norton CM, Dunstan FD et al. (2005) Abdominal injury due to child abuse. Lancet 366: 234–235

Bass C, Glaser D (2014) Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. Lancet 383: 1412–1421

Thorsten Becker (2008) Organisierte und rituelle Gewalt. In: Claudia Fliß, Claudia Igney (Hrsg.): Handbuch Trauma und Dissoziation. Pabst, Lengerich. S. 25–26

Bhatia SK, Maguire SA, Chadwick BL, Hunter ML, Harris JC, Tempest V, Mann MK, Kemp AM (2014) Characteristics of child dental neglect: A systematic review. Journal of Dentistry 42: 229–239

Bryk M, Siegel PT (1997) My mother caused my illness: The story of a survivor of Munchausen by proxy syndrome. Pediatrics 100: 1–7

Bundesärztekammer (BÄK) (April 2016) Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach weiblicher Genitalverstümmelung (female genital mutilation). www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/ empfehlungenstellungnahmen/genitalverstuemmelung/

Core Info (Juni 2015) Systematic Review Oral Injuries. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/oral-injuries – Abruf 03.10.2015

Core Info (Mai 2014) Systematic Review Visceral Injuries. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/visceral-injuries – Abruf 03.10.2015

Core Info (November 2014) Systematic Review Dental Neglect. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/ dental-neglect – Abruf 03.10.2015

Core Info (undatiert) Systematic Review Ear, Nose and Throat Presentations. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/ ear-nose-and-throat-presentations – Abruf 03.10.2015

Creighton SM1, Hodes D (2015) Female genital mutilation: what every paediatrician should know. Arch Dis Child 101: 267–271

Darling SE, Done SL, Friedman SD, Feldman KW (2014) Frequency of intrathoracic injuries in children younger than 3 years with rib fractures. Pediatr Radiol 44: 1230–1236

Den Otter JJ, Smit Y, dela Cruz LB, Özkalipci Ö, Oral R (2013) Documentation of torture and cruel, inhuman or degrading treatment of children: A review of existing guidelines and tools. Forensic Sci Int 224: 27–32

Dettmeyer R (2008) Nicht-rituelle Genitalverstümmelung. Anm. zum Urteil des LG Münster vom 11. März 2002 – Az. 16 Ns 55 Js 1669/99. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport, Rechtsmedizin 18: 409–413

Dettmeyer R (2012) Zur Strafbarkeit der rituellen Genitalverstümmelung als schwere Körperverletzung gemäß Art. 122 Abs. 2 Schweizerisches Strafgesetzbuch. Anmerkung zum Urteil des Obergerichts des Kantons Zürich, Urt. v. 26.06.2008. Rechtsreport. Rechtsmedizin 22: 191–195

Dettmeyer R (2013) Folter. Internationale Normen, Institutionen, Formen und Verletzungsbefunde. Rechtsmedizin 23: 157–164

Dettmeyer R, Laux J, Friedl H, Zedler B, Bratzke H, Parzeller M (2011) Medizinische und rechtliche Aspekte der Genitalverstümmelung bzw. Beschneidung. Teil I: Weibliche Genitalverstümmelung. Arch Krim 227: 1–22

Dettmeyer R, Parzeller M, Laux J, Friedl H, Zedler B, Bratzke HJ (2011) Medizinische und rechtliche Aspekte der Genitalverstümmelung bzw. Beschneidung. Teil II: Die rituelle Zirkumzision. Arch Krim 227: 85–101

Dettmeyer R, Verhoff M, Schütz H (2014) Forensic Medicine. Fundamentals and Perspectives. Chapter 26 – Torture. Springer, Berlin Heidelberg pp 439–449

Gaines BA, Schultz BS, Morrison K, Ford HR (2004) Duodenal injuries in children: Beware of child abuse. J Pediatr Surg 39: 600–602

Geismar SL, Titelli JA, Campbell JB and Chiaro JJ (1997) Chylothorax as a manifestation of child abuse. Pediatr Emerg Care 13: 386–389

Hall DE, Eubanks L, Meyyazhagen S, Kenney RD, and Johnson SC (2000) Evaluation of covert video surveillance in the diagnosis of Munchausen syndrome by proxy: Lessons from 41 cases. Pediatrics 105: 1305–1312

Heide S, Schmidt V, Gutewort R, Kleiber M (2005) Promethazin-intoxikation als Todesursache eines Säuglings. Monatsschr Kinderheilkd 153: 571–575

Henretig FM, Paschall R, Donaruma-Kwoh MM (2009) Child abuse by poisoning. In: Reece RM, Christian CW (Hrsg.) Child abuse: Medical diagnosis and management, 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, pp 549–600

Herman-Giddens ME (1994) Vaginal foreign bodies and child sexual abuse. Arch Pediatr Adolesc Med 148: 195–200

Knox B, Starling SP, Feldman KW et al. (2014) Child torture as a form of child abuse. J Child Adol Trauma 7: 37–49

Krupinski M (2006) Wenn Mediziner ungewollt zur Kindesmisshandlung verführt werden: Münchhausen-by-Proxy-Syndrom. Wien Med Wochenschr 156: 441–447

Lee LY, Ilan J, Mulvey T (2002) Human biting of children and oral manifestations of abuse. A case report and literature review. Journal of Dentistry for Children 69: 92–95

Lindberg DM, Shapiro RA, Blood EA, Steiner RD, Berger RP and the ExSTRA investigators (2013) Utility of hepatic transaminases in children with concern for abuse. Pediatrics 131: 268–275

Maguire S, Hunter B, Hunter L, Sibert JR, Mann M, Kemp AM for the Welsh Child Protection Systematic Review Group (2007) Diagnosing abuse: A systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. Arch Dis Child 92: 1113–1117

Maguire SA, Upadhyayab M, Evansc A, Mannd MK, Haroone MM, Tempesta V, Lumba RC, Kemp AM (2013) A systematic review of abusive visceral injuries in childhood – Their range and recognition. Child Abuse Negl 37: 430– 445

Naidoo S (2000) A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. Child Abuse Negl 24: 521–534

Noeker M, Keller KM (2002) Münchhausen-by-Proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. Monatschr Kinderheilkd. 150: 1357–1369

Noeker M, Mußhoff F, Franke I, Madea B (2011) Münchhausen-by-proxy-Syndrom. Monatsschr Kinderheilkd 159: 265–278

Oral R, Bayman L, Assad A, Wibbenmeyer L, Buhrow J, Austin A, Bayman EO (2011) Illicit drug exposure in patients evaluated for alleged child abuse and neglect. Pediatr Emerg Care 27: 490–495

Roesler TA, Jenny C (2008) Medical child abuse: beyond Munchausen syndrome by proxy. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village

Rosenberg DA (2003) Munchausen syndrome by proxy: Medical diagnostic criteria. Child Abuse Negl 27: 421–430

Sauer PJJ, Neubauer D (2014) Female genital mutilation: a hidden epidemic (statement from the European Academy of Paediatrics). Eur J Pediatr 173: 237–238

Schreier H (2002) Munchausen syndrome by proxy defined. Pediatrics 110: 985–988

Sheybani EF, Gonzalez-Araiza G, Kousari YM, Hulett RL, Menias CO (2014) Pediatric nonaccidental abdominal trauma: What the radiologist should know. RadioGraphics 34139–153

Socolar RRS, Runyan DK (2009) Unusual manifestations of child abuse. In: Reece RM, Christian CW (eds) Child abuse: Medical diagnosis and management, 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, pp 617–636

Southall DP, Plunkett MCB, Banks MW, Falkov AF, Samuels MP (1997) Covert video recordings of life-threatening child abuse: Lessons for child protection. Pediatrics 100: 735–760

Stehr M, Putzke H, Dietz HG (2009) Strafbarkeit der Zirkumzision bei Jungen. Monatsschr Kinderheilkd 156: 783–788

Stricker T, Lips U, Sennhauser, FH (2002) Oral bleeding: child abuse alert. Journal of Paediatrics and Child Health 38: 528–529

TARGET – Initiative gegen Genitalverstümmelung. www.target-human-rights.de/

Volpellier M (2009) Physical forensic signs of sexual torture in children. Torture 19: 157–165

WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome (2006) Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. Lancet 367: 1835–1841

Wüstenberg D (2006) Genitalverstümmelung und Strafrecht. Gynäkologe 39: 824–828

Wüstenberg D (2007) Genitalverstümmelung und elterliches Aufenthaltsbestimmungsrecht. Zeitschrift für das gesamte Familienrecht (FamRZ): 692–696

B Sexueller Kindesmissbrauch

Grundlagen

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_7, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

7.1 Einleitung

Die klinisch-medizinische Auseinandersetzung mit sexuellem Kindesmissbrauch ist ein vergleichsweise junges Phänomen. Erst in den 80er und 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde hauptsächlich in amerikanischen und einigen britischen Arbeiten das Spektrum klinischer Befunde beschrieben und der Stellenwert der medizinischen Diagnostik als Teil einer obligat multiprofessionellen Herangehensweise etabliert (▶ Kap. 1). Die ärztliche Beschäftigung mit dem Thema hat sich erst in den letzten Jahren hin zu evidenzbasierter Forschung und konsensusbasierter Festlegung der »Best Clinical Practice« entwickelt und erfährt zunehmend auch in Deutschland fachliche Akzeptanz. Bei der überwiegenden Mehrzahl sexuell missbrauchter Kinder lassen sich keine auffälligen körperlichen Befunde erheben. Dennoch spielt die korrekte Erhebung, Dokumentation und auf der Grundlage aktueller Evidenz basierende Interpretation sowohl etwaiger Befunde als auch der Gesamtsituation eine große Rolle und kann erhebliche Implikationen für den Schutz und die Betreuung betroffener Kinder haben.

Nach sexueller Gewalt an Kindern und Jugendlichen werden bei den Opfern in 90–95% körperliche Normalbefunde gefunden. Die Häufigkeit pathologischer Befunde hängt entscheidend von der Art und der Gewalttätigkeit des Übergriffs ab. Diesbezüglich muss zwischen einer akuten Vergewaltigung (»sexual assault«) und einem chronischen (oft innerfamiliären) Missbrauch (»sexual abuse«) unterschieden werden. Akute Vergewaltigungen sind deutlich seltener, betreffen eher Jugendliche (»date rape«) und haben eine höhere Wahrscheinlichkeit, dass akute Befunde oder deren Folgezustände gefunden werden. In der Regel liegt jedoch beim typischen sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen keine physische Schädigungsabsicht beim Täter vor, da er die Übergriffe wiederholen möchte. Daher finden sich hierbei viel seltener körperliche Verletzungen und Befunde. Die Häufigkeit pathologischer Befunde hängt auch davon ab, was hinsichtlich eines sexuellen Missbrauchs als aussagekräftiger Befund definiert wird. Hier ist eindeutig ein Trend zu einer zunehmend konservativeren Bewertung von Befunden festzustellen.

Die Gründe für die hohe Rate an Normalbefunden (> 90%) bei sexuellem Kindesmissbrauch müssen jedem Arzt bekannt sein, um Fehleinschätzungen der Aussagen der Opfer aufgrund fehlender Verletzungsbefunde zu vermeiden. Diese Erkenntnis wirft nicht nur medizinische Fragen auf. Sie birgt auch ein hohes Potenzial an Fehleinschätzungen hinsichtlich der Rolle medizinischer Befunde bei der sozialen, familienrechtlichen, v. a. aber strafrechtlichen Würdigung eines möglichen Missbrauchs. Von medizinischen Laien und von mit der Fragestellung unerfahrenen Medizinern wird oft die Glaubwürdigkeit eines Übergriffes mit dem Vorliegen oder Fehlen medizinischer Befunde, v. a. der »Jungfräulichkeit«, verknüpft (zum Begriff »Virgo intacta« vgl. ▶ Kap. 9.1.2).

Das Fehlen medizinischer Befunde schließt einen zurückliegenden sexuellen Übergriff in keinster Weise aus (»the absence of evidence of abuse is no evidence of the absence of abuse«). Es ist von erheblicher Bedeutung, diesen Sachverhalt den beteiligten Fachleuten, insbesondere aus dem Rechtssystem, zu kommunizieren.

Nahezu alle Untersuchungen der letzten 20–25 Jahre beschreiben bei Kindern, Jugendlichen und selbst bei erwachsenen Opfern eine deutlich geringere Quote den sexuellen Missbrauch stützender Befunde als allgemein angenommen wird (▶ Kap. 9). Die Diagnose eines sexuellen Kindesmissbrauchs beruht daher in erster Linie auf den fachkundig und nicht suggestiv erhobenen Aussagen der Betroffenen und nur in Ausnahmefällen auf medizinischen Befunden.

Voraussetzung für eine fachgerechte medizinische Betreuung sind kinder- und jugendgynäkologische und forensische Kenntnisse. Dies umfasst sowohl die fachlich korrekte Erhebung, Dokumentation und Interpretation vorliegender Befunde als auch die Kenntnis der Evidenz und methodischen Einschränkungen und Aussagefähigkeit medizinischer Befunde auf der Grundlage aktueller Empfehlungen, Leitlinien und Klassifikationen. Die Tendenz, Befunde »falsch positiv« als Folge eines zugrunde liegenden sexuellen Missbrauchs zu interpretieren, besteht eher bei weniger erfahrenen Untersuchern.

Der erste und wichtigste Schritt zur Diagnose von sexuellem Kindesmissbrauch ist, anzuerkennen, dass das Problem existiert. Das Erkennen von sexuellem Missbrauch erfordert ein hohes Maß an Aufmerksamkeit und Vertrautheit mit den anamnestischen, somatischen und psychischen Hinweisen. Die Diagnosestellung hängt beträchtlich von der Bereitschaft des Arztes ab, einen sexuellen Missbrauch überhaupt in Betracht zu ziehen.

Von hoher Bedeutung für die betroffenen Kinder und Jugendlichen ist auch die Fähigkeit, die Untersuchung in einer Art und Weise durchzuführen, die die Opfer nicht erneut traumatisiert, sondern sie im Gegenteil von der Untersuchung emotional profitieren lässt. Die Bestätigung physischer Normalität, Integrität und Gesundheit durch den Arzt als »Körperspezialisten« kann als »primär therapeutischer Aspekt der Untersuchung« helfen, die häufig bestehende pathologische Körperselbstwahrnehmung der Opfer zu korrigieren. Dies kann als Weichenstellung für die nachfolgende, meist psychotherapeutisch begleitete Bewältigung fungieren. Die Behandlung möglicher Folgen (Verletzungen, Infektionen) und die Prophylaxe sexuell übertragener Infektionen oder einer Schwangerschaft sind weitere ärztliche Aspekte. Die medizinische Untersuchung ist somit in erster Linie ein umfassendes Angebot ärztlicher Versorgung eines Patienten.

Grundlegende Voraussetzung ist das Wissen um die Möglichkeiten und Grenzen des medizinischen Parts. Da bei den Opfern eines sexuellen Missbrauchs in erster Linie Normalbefunde vorliegen, kommt der Aussage des Kindes für die Diagnose eine herausragende Bedeutung zu. Diese Erkenntnis muss in einen multiprofessionellen Ansatz integriert und kommuniziert werden. Die medizinische Untersuchung hat das Potenzial, ein durch den Missbrauch verursachtes pathologisches Körperselbstbild durch die ärztliche Bestätigung körperlicher Normalität und Integrität zu entlasten, wenn sie schonend und ohne jeglichen Zwang durchgeführt wird. Sie ist somit in erster Linie als umfassendes Angebot ärztlicher Versorgung eines Patienten und nicht als Ermittlungsauftrag zu verstehen.

Im Gegensatz zur emotionalen und oft unsachlichen öffentlichen Debatte über sexuellen Kindesmissbrauch haben Mediziner somit eine beträchtliche Verantwortung, zu einem empathischen und zugleich rationalen und objektiven Herangehen bei der multidisziplinären Beurteilung, Diagnose und Therapie der Opfer beizutragen (»cool science for a hot topic«). Dennoch bleibt sexueller Missbrauch von Kindern auch für Ärzte ein emotional belastendes Thema und erfordert neben spezifischem fachlichem Wissen psychische Ausgeglichenheit, Reflexion, Einfühlungsvermögen und Engagement.

7.2 Definition, Umstände, Folgen

Sexueller Kindesmissbrauch ist ein komplexes und traumatisierendes, zentrales Lebensereignis für das Kind oder den Jugendlichen. Der Missbrauch wird überwiegend von Eltern, nahen Angehörigen oder Vertrauenspersonen aus dem sozialen Umfeld des Kindes begangen. Er geschieht im Kontext von Beziehungsabhängigkeit und starken Autoritätsbeziehungen, denen das Kind nicht ausweichen kann. Der sexuelle Missbrauch ist gekennzeichnet durch ein hohes Wiederholungsrisiko und kann für die Opfer beängstigend, emotional und sexuell verwirrend, gewalttätig und schmerzhaft sein. Die Tat erzeugt bei den Opfern tiefgreifende Schuld- und Schamgefühle und führt zu einem geringen Selbstwertgefühl und familiärer sowie sozialer Isolation.

Aus der Sicht der Täter hat sexueller Missbrauch eine ausgeprägte »Sucht- und Geheimnisdynamik«. Die minderjährigen Opfer werden darin verstrickt und so korrumpiert, dass das vorherrschende Gefühl, »selbst schuld zu sein«, das Aufdecken und die Intervention erheblich erschweren. Durch die meist bestehende Nähe zum Täter entsteht häufig ein starker Ambivalenz- und Loyalitätskonflikt.

Sexueller Kindesmissbrauch

Sexueller Kindesmissbrauch wird als die versuchte oder vollendete Einbeziehung und Nötigung von Kindern oder Jugendlichen zu jeglichen sexuellen Aktivitäten oder Kontakten definiert. Die Betroffenen können diese aufgrund entwicklungsbedingter Unreife

nicht vollständig erfassen , sind außerstande bewusst einzuwilligen (»informed consent«) und es werden soziale Tabus der Familie bzw. der Gesellschaft verletzt.
Erwachsene nutzen den bestehenden Macht- und Altersunterschied, um Kinder oder Jugendliche zur »Kooperation« zu überreden oder zu zwingen. Die Absicht des Erwachsenen, Kinder für seine (oder ihre) sexuelle Erregung und Befriedigung auszunutzen, ist ein zentrales Kennzeichen des Missbrauchs.

Sexueller Missbrauch umfasst ein **weites Spektrum verschiedenster sexueller Aktivitäten**. Diese reichen von nichtinvasiven Handlungen ohne Körperkontakt bis hin zu invasiver, penetrierender Gewalt in alle Körperöffnungen (Vergewaltigung). Im Gegensatz zur allgemeinen öffentlichen Vorstellung ist sexueller Missbrauch von Kindern im Regelfall eine sich über Monate und Jahre hinziehende, sexualisierte Beziehung zwischen einer meist vertrauten Bezugsperson und dem Opfer. Der Beginn des sexuellen Missbrauchs liegt häufig in der Vorschul- und Grundschulzeit, mit häufig deutlich späterem Bekanntwerden der Taten, und kann sich bis ins Jugendalter erstrecken.

Die **Prävalenz** von sexuellem Missbrauch in Kindheit und Jugend mit Körperkontakt (»Hands-on-Kontakt«) wird nach konservativen Schätzungen mit 10–15% bei Mädchen und 5–10% bei Jungen angegeben. Eine Zusammenfassung von 39 Prävalenzstudien aus 28 Ländern aus den Jahren 1994–2007 ergab für sexuellen Kindesmissbrauch Prävalenzen von 10–20 % bei Mädchen und 5–10 % bei Jungen. Eine Metaanalyse von 323 Studien mit 9,9 Million Betroffenen weltweit ergab eine Prävalenz von 12,7 % (Mädchen 18 %, Jungen 7,6 %). Das US-amerikanische Pflichtmeldesystem für Kindesmisshandlung verzeichnet 60.000–80.000 bestätigte Fälle jährlich mit rückläufigem Trend. Bis zu 80–90% der Täter sind männlich (bei männlichen Opfern bis zu 25% weibliche Täter), 20% der Täter sind Jugendliche. Der Großteil entstammt aus dem familiären oder weiteren bekannten Umfeld. Bis zu 19% regelmäßiger jugendlicher Internetnutzer in den USA werden dort Opfer sexueller Belästigung.

Eine Vielzahl unmittelbarer und langfristiger Folgen, in erster Linie **Verhaltensauffälligkeiten**, wurden als Indikatoren und diagnostisch verwertbare Anzeichen eines sexuellen Missbrauchs identifiziert. Grundlegend wird in externalisierende und internalisierende Reaktionen auf erlittenen sexuellen Missbrauch unterschieden.

Sexualisiertes Verhalten Unangemessenes sexualisiertes Verhalten muss als wichtiger Indikator, keineswegs aber als Beweis eines Missbrauchs interpretiert werden. Weniger als 1,5% nicht missbrauchter 2- bis 12-jähriger Kinder zeigen Verhaltensweisen wie den Mund ans Genitale führen, Geschlechtsverkehr durchführen zu wollen oder zu imitieren, Objekte in Vagina oder Anus einzuführen oder das Berühren des Anogenitalbereiches von Tieren. Andererseits schließt das Fehlen sexualisierten Verhaltens einen sexuellen Missbrauch keinesfalls aus.

Psychopathologische Langzeitfolgen Sexueller Kindesmissbrauch kann die gesunde Entwicklung von Kindern und Jugendlichen erheblich beeinträchtigen und zu tiefgreifenden, mitunter lebenslangen seelischen Erkrankungen führen. Sexueller Kindesmissbrauch ist mit einem deutlich gesteigerten Risiko nachfolgender psychischer Störungen verbunden (▶ Kap. 13.6.3).

7.3 Medizinische Aspekte

Die Umstände der Vorstellung von Patienten in der Praxis oder Klinik im Zusammenhang mit einem möglichen sexuellen Missbrauch sind sehr variabel. Sie umfassen nach Äußerungen zu einem Missbrauch durch das Opfer (»Aufdeckungen«) die Abklärung von spezifisch verdächtigen Verhaltensauffälligkeiten, die Abklärung von anogenitalen Auffälligkeiten (z. B. Kondylome der Genitalregion) und gelegentlich akute Ereignisse. In diesen Fällen ist die Notwendigkeit der forensischen Befund- und Spurensicherung gegeben. Selten entsteht der Verdacht bei Routineuntersuchungen oder bei der medizinischen Untersuchung aufgrund anderer Erkrankungen. Die große Bandbreite der Übergriffe beeinflusst naturgemäß auch die Art der Befunde und die Frage, ob überhaupt welche vorgefunden werden.

Sexuell missbrauchte Kinder und Jugendliche weisen überwiegend einen unauffälligen körperlichen Untersuchungsbefund auf.

Selbst bei zugegebener Penetration durch den Täter waren in einer Untersuchung noch knapp 40% der Opfer ohne körperliche Befunde (Muram 1989). Nachdem ältere Metaanalysen von über 50% Normalbefunden ausgingen und eine viel zitierte Arbeit bei 263 Opfern gerichtlich verurteilter Täter in mehr als 75% der Fälle normale oder unspezifische Befunde fand, wurde im Untertitel der Arbeit pointiert formuliert: »It's normal to be normal« (Adams et al. 1994). Neuere Arbeiten, teilweise an großen Kollektiven sexuell missbrauchter Kinder und Jugendlicher, wiesen Normalbefunde in mehr als 90% der Fälle nach (Tab. 7.1).

Der wichtigste Grund für die relative Seltenheit pathologischer Befunde ist die Art des Missbrauchs selbst.

Häufig findet der sexuelle Missbrauch von Kindern ohne gewaltsamen körperlichen Kontakt statt, sodass keine diagnostizierbaren Verletzungen entstehen. Dazu zählen Berührungen, oraler Missbrauch, Masturbation, Erstellen pornografischer Aufnahmen u. a.

Korrelation von subjektiver Empfindung, Aussage und medizinischem Befund

Insbesondere kleinere Kinder haben oft keine ausreichende Kenntnis von ihrer Anatomie, um zutreffend beschreiben zu können, was exakt wo mit bzw. an ihrem Körper passiert ist. Daher kann jeder unspezifische Schmerz im Anogenitalbereich subjektiv als invasiv oder penetrierend empfunden werden (»Er hat ein Messer reingesteckt«). Es gibt keine Untersuchungen, ab welchem Alter Kinder entwicklungsbedingt in der Lage sind, z. B. »dran« von »drinnen« zu unterscheiden. In der Praxis kann es dann sehr schwer oder unmöglich sein, einen körperlichen Befund mit der anamnestischen Angabe seiner Entstehung zu korrelieren.

Präpubertäre Kinder

Präpubertäre Kinder werden selten akut vergewaltigt, und in der Mehrzahl der Fälle wird wenig oder keine physische Gewalt angewendet. Deshalb weisen nur einige der Opfer offensichtliche frische oder alte Verletzungen als Folge des sexuellen Missbrauchs auf. Zudem wird die große Mehrzahl der Opfer nicht zeitnah zur Tat vorgestellt. Die retrospektive Interpretation abgeheilter Verletzungen kann jedoch zu erheblichen Unsicherheiten in der Beurteilung der Befunde führen.

Tab. 7.1 Häufigkeit von Normalbefunden und diagnostischen Befunden

Literatur	Studienumfang	Anteil normal/unspezifisch	Anteil diagnostisch
Finkel[1] (1989)	N = 31[1]	40%	60%
Bays u. Chadwick[2] (1993)	12 Studien[2]	50%	3–16%
Adams et al.[3] (1994)	N = 263[3]	77%	14%
Berenson et al. (2000)	N = 192	98%	2%
Heger et al. (2002)	N = 2384	96%	4%
Kelly et al. (2006)	N = 2134	90%	5%
Anderst et al.[4] (2009)	N = 506	90% ≥ 10 Jahre 87% ≥ 10 Jahre und > 10 angegebene Penetrationen 100% < 10 Jahre	10% 13% 0%

[1] Vom Täter zugegebene Penetration
[2] Metaanalyse, Bereich 26–73%
[3] Gerichtlich verurteilte Täter
[4] Nichtakuter, peniler, penetrativer Kontakt

Pubertät

Jugendliche werden dagegen eher Opfer von Fremdtätern in Form von akuten Vergewaltigungen (»date rape«). Auch aufgrund familiärer Unterstützung werden sie häufiger unmittelbar nach der Tat vorgestellt. Die dann vorliegenden akuten Verletzungsbefunde sind offensichtlicher und leichter zu interpretieren. Das Gewebe im Anogenitalbereich bei Jugendlichen hat eine hohe Elastizität und zeigt eine rasche Wundheilung.

> **Anogenitale Gewebe bei Kindern und Jugendlichen haben ein enormes Potenzial zu rascher und oft vollständiger Heilung. Daher weisen Missbrauchsopfer häufig keine signifikanten Befunde auf, wenn sie ärztlich untersucht werden. Ein weiterer wichtiger Grund dafür ist, dass viele Opfer nicht zeitnah zur Tat bzw. zum erlittenen Trauma ärztlich vorgestellt werden.**

Zahlreiche Kasuistiken und eine deskriptive Multicenterstudie belegen, dass neben den innerhalb weniger Tage heilenden oberflächlichen Verletzungen, wie z. B. Schleimhautabrasionen, selbst Hymenaleinrisse in einem hohen Prozentsatz keine bleibenden Spuren hinterlassen (McCann et al. 2007).

Medizinisches System

Die Häufigkeit festgestellter und bestätigter Missbrauchsbefunde hängt auch von Variablen ab, die im versorgenden medizinischen System begründet sind. Dazu zählen insbesondere die fachliche Qualifikation und die Bereitschaft des Untersuchers, entsprechende Befunde zu erheben, aber auch technische Voraussetzungen bei der klinischen Untersuchung wie eine ausreichende Beleuchtung oder das Vorhandensein eines Kolposkops.

Wahrscheinlichkeit auffälliger Befunde nach sexuellem Kindesmissbrauch

Diese zu erheben und zu validieren hängt von folgenden Faktoren ab:

- Art und Invasivität des Missbrauchs und daraus resultierende Befunde,
- Zeitpunkt der Untersuchung und etwaig zwischenzeitlich erfolgter Wundheilung,
- Bereitschaft des Untersuchers, sexuellen Missbrauch als mögliche Differenzialdiagnose in Betracht zu ziehen,
- fachliche Qualifikation bzw. Ausbildungsstand des Untersuchers,
- qualifizierte und einfühlsame Vorbereitung des Kindes, um die Kooperation und Zustimmung zur Untersuchung zu erhalten,
- gute Untersuchungsbedingungen und technische Voraussetzungen,
- gute Dokumentationsmöglichkeit, u. a. für die spätere Überprüfung der Befunde und zum Einholen einer zweiten Meinung,
- angemessene organisatorische Voraussetzungen, wie ausreichende personelle Besetzung und Zeit für die Vorbereitung und Durchführung der Untersuchung.

7.4 Möglichkeiten und Grenzen des medizinischen Ansatzes

Aufgrund der erwähnten Häufigkeit normaler körperlicher Untersuchungsbefunde bei Opfern sexuellen Kindesmissbrauchs kann der forensische Aspekt der Untersuchung nicht das Haupt- oder gar das ausschließliche Ziel der Untersuchung sein. Die medizinische Untersuchung ist somit in erster Linie als umfassendes Angebot ärztlicher Versorgung eines Patienten und nicht als Ermittlungsauftrag zu verstehen.

> **Bei der Durchführung der medizinischen Untersuchung ist es entscheidend, dass die Bedürfnisse des Kindes Priorität vor dem Wunsch haben, forensisch verwertbares Beweismaterial zu sammeln.**

Ärztliche Untersuchung und Reviktimisierung

Auch die ärztliche Untersuchung von sexuell missbrauchten Kindern kann u. U. zu einem emotional eingreifenden und traumatisierenden Erlebnis werden, wenn sie nicht qualifiziert und einfühlsam durchgeführt wird. Dieses Risiko wird als potenzielle Reviktimisierung (auch: sekundäre Traumatisierung) beschrieben.

Diese Sorge stellt für nichtmedizinische Fachleute, die mit sexuell missbrauchten Kindern arbeiten, ein mögliches Hindernis zur Überweisung dieser Kinder dar und beeinflusst somit die Auswahl von Patienten für medizinische Untersuchun-

gen. Dies unterstreicht die Bedeutung der interprofessionellen Kommunikation und Kooperation. Der medizinische Beitrag zur Diagnose eines sexuellen Missbrauchs und zur adäquaten Betreuung der minderjährigen Patienten hängt somit nicht nur von den Fähigkeiten und dem Engagement des involvierten Mediziners ab, sondern auch vom Vertrauen des zuweisenden Kinderschutzsystems in den einzelnen Arzt und dem Wissen um seine Arbeitsweise.

> **Essenzielle Voraussetzung zur Untersuchung möglicherweise missbrauchter Kinder und Jugendlicher ist daher, auf jeglichen Zwang, Druck oder massive Überredung zu verzichten.**

Die Erfahrung spezialisierter Zentren zeigt, dass gut dokumentierte Erstuntersuchungen weitere, potenziell traumatisierende Wiederholungsuntersuchungen vermeiden helfen.

Die **emotionale Reaktion auf die ärztliche Untersuchung** wird nicht nur von Merkmalen der Untersuchungssituation selbst bestimmt, sondern mehr noch von präexistierenden Faktoren. Dazu zählen zum einen allgemeine Ängstlichkeit, vorhergehende Erfahrungen mit dem medizinischen System, das Alter und der Entwicklungsstand des Kindes. Zum anderen wirken sich die Besonderheiten und der Schweregrad des erfahrenen Missbrauchs aus.

Mehrere Untersuchungen mit kleinen Fallzahlen und der Eindruck erfahrener Experten zeigen, dass die meisten Kinder die Untersuchung gut tolerieren.

> **Kinder und Jugendliche, die einen sexuellen Missbrauch erlitten haben, sollten aus verschiedenen Gründen medizinisch untersucht werden.**

Forensische Aspekte

In den Fällen, in denen auf sexuellen Missbrauch hinweisende und damit auch forensisch bedeutsame Befunde vorliegen, können diese die Aussagen des Opfers zum Tatgeschehen untermauern oder in Einzelfällen sogar ersetzen. Dies hat insbesondere bei akuten Übergriffen, die deutlich häufiger Jugendliche betreffen, einen klaren forensischen Stellenwert für die Diagnose und kann in einer Minderzahl der Fälle für eine adäquate weitere Betreuung des minderjährigen Opfers und zur Beweissicherung für behördliche Verfahren bzw. Entscheidungen bedeutsam sein.

Idealerweise sollte, sofern indiziert und erfolgversprechend, eine kompetente forensische Befundsicherung erfolgen. Auch wenn sich daraus u. U. keine akuten Konsequenzen ergeben, kann zu einem späteren Zeitpunkt der Wunsch nach strafrechtlicher Verfolgung bzw. Bestrafung des Täters aufkommen. Dies kann für das Opfer mit zunehmendem Alter von größerer Bedeutung sein und zur Aufarbeitung der erlittenen Traumatisierung beitragen. Zunehmend wird dies im Rahmen der sog. anonymen Spurensicherung angeboten, bei der eine rechtssichere ärztliche Dokumentation und Aufbewahrung der Befunde bzw. des forensischen Materials ohne die Notwendigkeit einer sofortigen Anzeigenerstattung gewährleistet wird.

Eine potenziell noch größere Rolle spielt die Frage beweissichernder medizinischer Befunde gelegentlich bei entwicklungsgestörten und behinderten Kindern und Jugendlichen. Diese können aufgrund ihrer Behinderung oft weniger klare oder keine Ausführungen zum Tatgeschehen machen, insbesondere wenn die Behinderung die Kommunikationsfähigkeit deutlich beeinträchtigt. Entwicklungsgestörte und behinderte Kinder haben generell ein höheres Risiko, sexuell missbraucht zu werden. Im Einzelfall kann der erhobene medizinische Untersuchungsbefund den einzigen Hinweis auf einen sexuellen Kindesmissbrauch darstellen.

Ärztliche Therapie und Prophylaxe

Mögliche frische oder alte Verletzungen, anogenitale Infektionen, sexuell übertragene Erkrankungen oder die Möglichkeit einer Schwangerschaft abzuklären und die erhobenen Befunde zu beurteilen, sind genuin ärztliche Aufgaben. Dazu gehört auch die Durchführung einer ggf. erforderlichen Therapie einschließlich präventiver Maßnahmen zur Verhütung einer Schwangerschaft oder Geschlechtskrankheit. Im Sinne einer Stärkung der familiären Unterstützung ist es bedeutsam, auf elterliche Sorgen bezüglich medizinischer Sachverhalte einzugehen, ebenso wie auf womöglich vorhandene emotionale Sorgen bezüglich einer späteren Konzeptionsfähigkeit sowie auf Fragen der »Intaktheit« bzw. »Jungfräulichkeit«.

Gestörtes Körperselbstbild

Die Mehrzahl missbrauchter Kinder weist eine gestörte und verzerrte Körperwahrnehmung auf. Insofern ist es von großer Bedeutung, dem Kind zu versichern, dass sein Körper normal, physisch unbeschädigt und intakt ist oder dass die Aussicht auf Heilung besteht. Insbesondere Kinderärzte, die Krankheit oder Wohlergehen in anderen medizinischen Situationen definieren, sind in dieser Hinsicht glaubwürdige Autoritäten.

Die vom Kind aktiv bewältigte und einfühlsam und qualifiziert durchgeführte ärztliche Untersuchung kann somit ein positives Erlebnis für das Kind sein. Zusätzlich können in deren Verlauf bestärkende verbale Botschaften eingeflochten werden (► Kap. 8.2). Die Ergebnisse der Untersuchung müssen adäquat und altersgerecht kommuniziert werden. Hierdurch können Gefühle physischer Abnormität entlastet und das Gefühl, »normal« zu sein, kann wieder etabliert werden (»recovery«).

7

Die Art und Weise der ärztlichen Untersuchung bietet ein enormes Potenzial, nicht nur eine therapeutische Botschaft in den diagnostischen Prozess zu integrieren, sondern auch den Prozess der psychischen Gesundung durch Etablierung eines positiven Körperselbstbildes mit zu initiieren. Dies wird als »primär therapeutischer Effekt der ärztlichen Untersuchung« bezeichnet.

Literatur

American Academy of Pediatrics, Jenny C, Crawford-Jakubiak JE and the Committee on Child Abuse and Neglect. (2013) The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. AAP Clinical Report on the Evaluation of Sexual Abuse in Children. Pediatrics 2013; 132: e558–e567. http://pediatrics.aappublications.org/content/132/2/e558.full

American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect (2011) Protecting Children From Sexual Abuse by Health Care Providers. Pediatrics 128: 407–426. pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/06/23/peds.2011-1244.full.pdf

Arbeitsgemeinschaft Kinderschutz in der Medizin (AG KiM), von Bismarck S (2014) Leitfaden zum Aufbau eines Präventionskonzeptes gegen sexuellen Kindesmissbrauch in Kinderkliniken. Bonn, Berlin, Kassel. Abruf unter: http://ag-kim.de/fileadmin/AG_KiM_Leitfaden_zur_Praevention_von_SKM_in_Kinderkliniken.pdf

Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J (1994) Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. Pediatrics 94: 310–317

Adams JA (2013) Signs of recent or healed injury to the genitalia in prepubertal girls describing penile-vaginal contact are uncommon. Med Sci Law 53: 117–118

Anderst J, Kellogg K, Jung I (2009) Reports of repetitive penile-genital penetration often have no definitive evidence of penetration. Pediatrics 124: e403–e409

Bays J, Chadwick D (1993) Medical diagnosis of the sexually abused child. Child Abuse Negl 17: 91–110

Berenson A, Chacko M, Wiemann C et al. (2000) A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. Am J Obstet Gynecol 182: 820–824

Biggs M, Stermac LE, Divinsky M (1998) Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual intercourse experience. CMAJ 159: 33–37

Braun G (2002) Täterinnen beim sexuellen Missbrauch von Kindern. Kriminalistik, S. 23–27

Britton H (1998) Emotional impact of the medical examination for child sexual abuse. Child Abuse & Negl 22: 573–580

De Bellis MD, Spratt EG, Hooper SR (2011) Neurodevelopmental Biology Associated with Childhood Sexual Abuse. J Child Sex Abuse 20: 548–587

Dubowitz H (2007) Healing of hymenal injuries: Implications for child health care professionals. Pediatrics 119: 997–999

Du Mont J, White D (2007) The uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: a global review. Sexual Violence Research Initiative, World Health Organization, SVRI New Publications

Eg MB, Hansen LA, Sabroe S, Charles AV (2015) Hymenal lesions and legal outcome in sexually abused girls 3with a history of vaginal penetration. Forensic Sci Int 252: 163–167

Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (2015) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung: Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Schattauer, Stuttgart

Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (Hrsg.) (2015) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen. Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg

Finkel MA (1989) Anogenital trauma in sexually abused children. Pediatrics 84: 317–322

Finkel MA, Giardino AP (2009) Medical evaluation of child sexual abuse, 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village

Hariton TN (2012) Sexual assault in prepubertal girls: »It is normal to be normal« – or is it? Evidence of vaginal penetration in prepubertal girls. (Viewpoint). Med Sci Law 52:193–197

Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R (2002) Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. Child Abuse Negl 26: 645–659

Herrmann B, Navratil F (2012) Sexual abuse in prepubertal children and adolescents. Endocr Dev 22: 112–137

Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R (2014) Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch: Konzepte, aktuelle Datenlage und Evidenz. Dtsch Arztebl Int 111: 692–703

Kaplan R, Adams JA, Starling SP, Giardino AP (2011) Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. STM Learning; St. Louis

Kelly P, Koh J, Thompson JM (2006) Diagnostic findings in alleged sexual abuse: Symptoms have no predictive value. J Pediatr Child Health 42: 12–117

Klopfstein U, Schön C, Plattner T (2006) Sexuelle Gewalt. Rechtliche und praktische Konsequenzen. Gynäkol Praxis 30: 709–721

McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K (2007) Healing of Hymenal Injuries in Prepubertal and Adolescent Girls: A Descriptive Study. Pediatrics 119: e1094–1106 www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/5/e1094

Muram D (1989) Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings. Child Abuse Negl 13: 211–216

Merritt DF (2011) Genital trauma in prepubertal girls and adolescents. Curr Opin Obstet Gynecol 23: 307–314

Palusci VJ, Cox EO, Shatz EM, Schultze JM (2006) Urgent medical assessment after child sexual abuse. Child Abuse & Neglect 30: 367–380

Peredaa N, Guilerab G, Fornsa M, Gómez-Benito J (2009) The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). Child Abuse Negl 33: 331–342

Pillai M (2008) Genital findings in prepubertal girls: What can be concluded from an examination? J Pediatr Adolesc Gynecol 21: 177–185

Rauch E, Weissenrieder N, Peschers U (2004) Sexualdelikte – Diagnostik und Befundinterpretation. Dtsch Ärztebl 101: B2257–2263

Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ (2011) A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat 16: 79–101

Anamnese und Untersuchung bei sexuellem Missbrauch eines Kindes

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_8, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Vor der Untersuchung eines Kindes oder Jugendlichen bei Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch muss eine sorgfältige Anamnese erfolgen. Deren Umfang hängt von den Umständen des Einzelfalles bzw. den Umständen der Vorstellung zur medizinischen Untersuchung ab. Schließlich bestimmt auch die Erfahrung des Untersuchers Art und Ausmaß sowohl der Anamneseerhebung als auch der durchzuführenden Untersuchungen. Bei fehlender Erfahrung ist es sinnvoller, an entsprechend ausgebildete Kollegen oder Zentren weiter zu verweisen.

Die Untersuchungssituation muss so gestaltet werden, dass die potenziellen Ängste der Kinder berücksichtigt werden. Jeglicher Zwang oder Druck, um die Untersuchung durchzuführen, ist kontraindiziert.

8.1 Anamneseerhebung

Der Umfang der Anamnese und die Spezifität der Fragen bezüglich eines etwaigen Missbrauchs werden von den Umständen der Vorstellung und den Vorerfahrungen des Untersuchers bestimmt. Auch wenn es nicht immer erforderlich ist, alle Details erneut zu erfragen, können Aussagen über erlebte physische Empfindungen während oder nach einem Missbrauch zur Einschätzung des medizinischen Befundes und der Erlebnisqualität einer Aussage bedeutsam sein. Bisweilen kann eine Aussage des Kindes zum Missbrauch erst durch das Vertrauensverhältnis zum Arzt ermöglicht werden (»I can tell you, because you are a doctor…« – Finkel 2008). Neuere Publikationen befürworten eine stärkere Berücksichtigung dieses Aspektes und empfehlen auch in der Anamnese des Missbrauchs selbst ärztliche Expertise zu entwickeln, insbesondere aufgrund der Seltenheit auffälliger anogenitaler Befunde und der hohen Bedeutung der Aussagen der betroffenen Kinder und Jugendlichen (Finkel 2011, Finkel u. Alexander 2011, Schaeffer et al. 2011, Lyon et al. 2012).

Ebenso wie die spätere Untersuchung sollte auch die Anamneseerhebung jegliche zusätzliche Traumatisierung des Kindes vermeiden. Es ist ratsam, eine separate Anamnese vom Kind und der Begleitperson zu erheben. Eine freundliche, interessierte, offene und nicht wertende Haltung des Untersuchers und eine ruhige und akzeptierende Atmosphäre sind wesentliche Voraussetzungen für das Gelingen des Gesprächs.

Eine vom Missbrauch unabhängige allgemeine pädiatrisch-internistische Anamnese (»review of systems«) und eine darüber hinausgehende kindergynäkologische Anamnese sollten immer Bestandteil der Vorgeschichte sein, ergänzt durch die Sozial-, Familien- und Verhaltensanamnese. Die für die Anamneseerhebung geltenden Grundsätze finden sich in der folgenden ▶ Übersicht.

Grundregeln der Anamneseerhebung bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch

- Allgemein pädiatrisch-internistische Anamnese
- Kinder-/Jugendgynäkologische Anamnese
- Eigen-, Familien-, Sozialanamnese
- Jede zusätzliche Traumatisierung vermeiden
- Forensisches Interview nur durch Geschulte (Kinder-/Jugendpsychiater, Psychologe)
- Keine Suggestivfragen
- Freundliche, ruhige Atmosphäre
- Möglichst separate Anamnese von Kind/Jugendlichem und Begleitpersonen/Eltern
- Wörtliche Dokumentation von spezifischen Äußerungen
- Keine Bewertungen oder Emotionen äußern
- Ausmaß der Anamnese abhängig von Umständen der Vorstellung und Vorerfahrungen des Untersuchers
- Therapeutische Botschaften einstreuen (»Es war gut, das zu sagen …«, »Ich kenne noch mehr Kinder, denen so etwas passiert ist …«).

▪ Körperliche Symptome

Hier sollte gezielt nach anogenitalen Beschwerden, vaginalem Ausfluss, Blutung oder Juckreiz, Fremdkörper in der Scheide oder dem Anus, schmerzhaften Defäkationen, möglicherweise sexuell über-

tragenen Infektionen sowie allgemeinen psychischen Belastungsindikatoren wie Kopf- und Bauchschmerzen, Verstopfung, Colon irritabile, Enkopresis und (v. a. sekundärer) Enuresis gefragt werden.

Jugendliche

Bei Jugendlichen ist es erforderlich (ohne Anwesenheit der Eltern), Fragen zur allgemeinen Lebenssituation, Schule und Familie sowie nach Nikotin, Alkohol und Drogen zu stellen. Auch das Thema Gewalt in der Familie sollte angesprochen werden.

Neben der allgemeinen medizinischen Anamnese ist die gynäkologische Anamnese bedeutsam: Menarche, Zyklus- und Blutungsdauer, letzte Periode, assoziierte Beschwerden, Tampon- oder Bindenbenutzung, vorherige sexuell übertragene oder andere Genitalinfektionen, Schwangerschaften, Aborte und bisherige gynäkologische Untersuchungen. Auch die Sexualanamnese muss behutsam, aber offen angesprochen werden: bisherige erwünschte oder unerwünschte Sexualkontakte, letzter Geschlechtsverkehr, assoziierte Symptome wie Blutung, Schmerzen beim Koitus, postkoitale Dysurie und etwaige Kontrazeptionsmethoden (▶ Übersicht).

Kinder- und jugendgynäkologische Anamnese

- Allgemeine Anamnese
  - Allgemeine anogenitale Infektionen
  - Anogenitale Dermatitiden
  - Vaginaler Juckreiz
  - Vaginaler Ausfluss (Farbe? Konsistenz? Menge? Geruch?)
  - Vaginale Blutungen
  - Hygieneverhalten
  - Pubertätszeichen, Wachstum
  - Fremdkörper in Scheide oder Anus
  - Enuresis primär/sekundär, Enkopresis
  - Bauchschmerzen, schmerzhafte Defäkationen
  - Zurückliegende anogenitale Verletzungen
- Bei Jugendlichen zusätzlich
  - Menarche
  - Menstruation
  - Tampon-, Bindengebrauch
  - Vorherige gynäkologische Untersuchungen
  - Praktizierte Antikontrazeptionsmethoden
  - Sexuell übertragene Infektionen
  - Einvernehmliche Sexualkontakte
  - Unfreiwillige Sexualkontakte
  - Aborte
  - Geburten

Verhaltensauffälligkeiten

Zahlreiche Auffälligkeiten wurden im Zusammenhang mit sexuellem Kindesmissbrauch beschrieben. Auch wenn sich aus keiner der Auffälligkeiten ein kausaler Zusammenhang ableiten lässt, müssen ungewöhnliche Änderungen und Auffälligkeiten des Verhaltens registriert bzw. aktiv erfragt werden (▶ Übersicht).

Mögliche Verhaltensauffälligkeiten bei sexuellem Kindesmissbrauch

- Altersunangemessenes, sexualisiertes Verhalten
- Vorfälle mit sexueller Nötigung anderer, v. a. jüngerer Kinder
- Rückzugsverhalten
- Geringes Selbstwertgefühl
- Berichte von Albträumen
- Phobien
- Regression und Depressionen
- Essstörungen
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Soziale Adaptations- oder Interaktionsstörungen
- Aggressionen gegen andere oder sich selbst (selbstverletzendes Verhalten)
- Suizidversuche
- Delinquentes Verhalten
- Schulschwierigkeiten
- Drogenmissbrauch
- Weglaufen von Zuhause
- Prostitution

8.2 Medizinische Untersuchung

Die Vorbereitung und Durchführung der ärztlichen Untersuchung von möglicherweise sexuell missbrauchten Kindern erfordert Zeit, Geduld und eine einfühlsame Haltung.

Die Untersuchung möglicherweise sexuell missbrauchter Kinder wirft eine Reihe von Einzelfragen auf: Wie dringlich ist die Untersuchung? Welche forensischen Aspekte sind zu beachten? Mit welchen Ängsten ist die Untersuchungssituation belastet? Wie kann das Kind in die Untersuchung einbezogen werden? Kann die Untersuchung in einem altersangemessenen Umfeld durchgeführt werden? Sind u. U. sedierende Maßnahmen erforderlich? Welche apparativen Hilfsmittel sind erforderlich?

Vorbereitung und Setting

Klärung der Dringlichkeit der Untersuchung Die Wahl des angemessenen Untersuchungszeitpunktes ist der erste Schritt der Untersuchung. Häufig ergibt sich die Dringlichkeit der Vorstellung eher aus der emotionalen Befindlichkeit und subjektiven Not der betroffenen Eltern oder der zuweisenden Fachleute als aus einer medizinischen Notwendigkeit. Da viele Untersuchungen jedoch erst stattfinden, wenn der Missbrauch bereits längere Zeit zurückliegt, stellen sie üblicherweise keinen Notfall dar. Der vorgesehene Untersuchungszeitpunkt kann demnach sowohl den Bedürfnissen und dem Rhythmus des Kindes als auch denen der untersuchenden Institution angepasst werden. Die neuesten Adams Leitlinien 2016 beschrieben erstmals ein differenziertes »Timing« der medizinischen Untersuchung. Bemerkenswert dabei die Indikation einer Verlaufskontrolle bei unerfahrenem Erstuntersucher (▶ Übersicht).

Forensische Aspekte Die meisten Untersucher stimmen aus forensischen Gründen überein, sofortige Untersuchungen durchzuführen, wenn der letzte sexuelle Kontakt vor weniger als 72 Stunden stattfand, insbesondere bei Jugendlichen. Dasselbe gilt für akute, blutende anogenitale Verletzungen. Untersuchungen akut sexuell missbrauchter präpubertärer Kinder hatten gezeigt, dass forensisch bedeutsames Material später als 24 Stunden nach dem sexuellen Kontakt nur noch auf der Kleidung der Kinder gefunden wurde, Spermien nur bis zu 9 Stunden. Neuere Untersuchungen haben in wenigen Fällen jedoch auch Spermien bis 96 Stunden nachweisen können, wenn spezielle DNA-Amplifikationstechniken verwendet wurden. Der Nachweis korrelierte weder mit den Aussagen der Kinder noch mit dem Vorhandensein von auffälligen anogenitalen Befunden. Möglicherweise sollte die Indikation zur Durchführung forensischer Abstriche weniger restriktiv gehandhabt werden, als es frühere Studien (teils noch ohne Anwendung von DNA-Untersuchungen) impliziert haben. Von der Dt. Gesellschaft für Rechtsmedizin sind Empfehlungen zum Umgang mit dem Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch publiziert (Debertin et al. 2011).

Eine akute forensische bzw. rechtsmedizinische Untersuchung zur Asservierung bedeutsamer Spuren wird bei präpubertären Kindern nur bis zu ca. 24 Stunden nach der Tat als sinnvoll erachtet. Nach neueren Untersuchungen kann eine Ausdehnung dieses Zeitrahmens erwogen werden. Bei wenige Tage zurückliegendem Ereignis sollte immer eine rasche, kompetente medizinische Untersuchung des Opfers angestrebt werden, da dann die Rate weiterer auffälliger körperlicher Befunde und hinsichtlich des Tatgeschehens verwertbarer Äußerungen der Opfer höher ist. Für Jugendliche gilt weiter der bei Erwachsenen übliche Zeitraum von 72 Stunden für die forensische Untersuchung, ggf. auch 24 bis 48 Stunden länger.

Klärung der Dringlichkeit (»Timing«) der Untersuchung (mod. nach Adams 2016)

- Indikation für eine sofortige, notfallmäßige Untersuchung (»Emergency evaluation«)
  - Sorge um physische oder psychische Sicherheit, akute Blutung oder Schmerzen, Suizidgefahr, V. a. Prostitution
  - Notwendigkeit der forensischen Spurensicherung < 72 Stunden (ggf. auch länger)
  - Notwendigkeit einer postkoitalen Kontrazeption

  - Notwendigkeit einer Postexpositionsprophylaxe bzgl. sexuell übertragener Infektionen, einschließlich HIV
- Eilige Untersuchung (»Urgent evaluation«)
  - Missbrauch in den zurückliegenden 2 Wochen, ohne medizinische oder psychische Notfallaspekte oder Sicherheitsbedenken (s.o.)
- Nicht-eilige Untersuchung (»Non-urgent evaluation«)
  - Befürchteter oder bekannt gewordener Missbrauch, der länger als zwei Wochen zurückliegt; sexualisiertes Verhalten; keine Notfall- oder eiligen Aspekte (s. o.)
- Verlaufskontrolle (»Follow-up«)
  - Unklare oder zweifelhafte Befunde bei der Erstuntersuchung
  - Verlaufskontrolle von auffälligen Befunden, Evaluation und Dokumentation des Heilungsverlaufs von Verletzungen
  - Kontrolluntersuchung bzw. Kontrollabstriche sexuell übertragener Infektionen (▶ Kap. 10)
  - Kontrolle bzw. Bestätigung von Befunden der Erstuntersuchung, wenn diese durch einen unerfahrenen Untersucher durchgeführt wurde (laut Adams Guidelines: unter 100 Untersuchungen (!); für Deutschland vermutlich nicht praktikabel)

Ängste vor der Untersuchung berücksichtigen Die potenziellen Ängste von Kindern in der Untersuchungssituation vorherzusehen und zu berücksichtigen, ist für eine erfolgreiche Untersuchung entscheidend. Jüngere Kinder haben selten Probleme mit Scham. Sie fürchten eher schmerzhafte und ihnen unbekannte oder unvorhersehbare Ereignisse. Jede Form des Drucks, gewaltsamen Festhaltens oder massiven Überredens ist obsolet.

Ideal wäre bei Jugendlichen, insbesondere bei Mädchen mit Migrationshintergrund, Flüchtlingskindern bzw. aus islamischen Ländern, die Wahlmöglichkeit zwischen einem weiblichen und männlichen Untersucher. Aus organisatorischen Gründen ist dies oft nicht möglich. Für die emotionalen Auswirkungen der Untersuchung scheint nach den vorliegenden Erfahrungen die Art und Einfühlsamkeit der Untersuchung jedoch wesentlich entscheidender zu sein als das Geschlecht des Untersuchers.

Kontrolle und Kommunikation Dem Kind sollten während der Untersuchung möglichst oft Wahlmöglichkeiten und damit möglichst viel Kontrolle über die Situation und das Tempo der Untersuchung angeboten werden. Jeder Schritt muss in altersentsprechender Terminologie erklärt werden. Der Ablauf der Untersuchung sollte detailliert vorweg erklärt (bzw. mit Puppen demonstriert) werden. Je nach Alter ist es sinnvoll, dem Patienten und/oder Sorgeberechtigten die Angst zu nehmen, dass ein Spekulum verwendet wird, und zu bestätigen, dass die Integrität des Hymens durch die Untersuchung nicht gefährdet ist. Dem Kind sollte versichert werden, dass der Zweck der Untersuchung ist, sich zu vergewissern, dass alles »in Ordnung« ist, dass es gesund ist. Hilfreich kann es sein, vor Beginn der anogenitalen Untersuchung von den Sorgeberechtigten die in der Familie verwendeten Begriffe für die Scheide zu erfragen, um dem Kind die bevorstehende Untersuchung adäquat zu erklären. In diesem Zusammenhang ist die terminologische Vielfalt, die dem Untersucher im Laufe der Zeit begegnet, außerordentlich (»Muschi, Mumu, Puller, Pischermaus, Piki, Prüdchen, Sisi, Schneckle, Pitzi, Pussilinka, Pipinelda, Dingdong, Black-black, …« u. v. a.).

Scham Auch wenn die Entwicklung des Schamempfindens sehr variabel und individuell sehr unterschiedlich ausgeprägt ist, kann es hilfreich sein, diesen Aspekt aktiv anzusprechen und zu betonen, dass es für den Arzt ein normaler und »dazu gehörender« Bestandteil der körperlichen Untersuchung ist. Auch sollte ein komplettes Entkleiden vermieden werden und bei der anogenitalen Untersuchung selbst der Rest des Körpers wieder bekleidet sein. Als hilfreich haben sich hierfür auch die in der Pflege verwendeten Stoffüberkittel erwiesen, die für den anogenitalen Anteil der Untersuchung nur kurz nach oben geschoben werden müssen.

Altersangemessenes Umfeld Neben einer freundlichen, ruhigen und zeitlich nicht drängenden Haltung des Untersuchers spielt die Atmosphäre des

Untersuchungsraumes eine nicht unerhebliche Rolle für das Gelingen und die Kooperation der Kinder. Während präpubertär ein eher spielerisch gestalteter Untersuchungsraum beruhigend wirkt, können sich Jugendliche u. U. dadurch nicht ernst genommen fühlen. Allerdings können auch in dieser Altersgruppe stressbedingt »regressive« Bedürfnisse nach tröstender Umgebung bestehen. Dies ist im Einzelfall abzuschätzen.

Puppen Puppen oder Kuscheltiere des Kindes können spielerisch in den Untersuchungsablauf einbezogen werden. Dies kann helfen, den Druck und den Fokus vom Kind zu nehmen und ihm helfen, eine aktivere, das Kuscheltier tröstende Rolle einzunehmen.

Das spielerische Untersuchen einer lebendig wirkenden Puppe (Abb. 8.1; z. B. »Kumquats«, Fa. Degro und Bodrik, Ölbronn-Dürrn), über die der Untersucher oder eine Helferin alle potenziellen Ängste der Kinder verbal ausdrückt, kann den Kindern helfen, darüber hinaus mit ihren Ängsten aktiv umzugehen. Die Kinder werden aufgefordert, dem Arzt bei der Untersuchung der Puppe zu helfen. Dies lässt sie ihre eigene Untersuchung spielerisch vorwegnehmen. Durch das Beruhigen der Puppe können indirekt die eigenen Ängste der Kinder beruhigt bzw. bewältigt werden (»Kasseler Modell«). Die Verwendung von anatomisch korrekten Puppen ist umstritten und wird nicht empfohlen, da sie nachteilige suggestive Wirkungen auf die Kinder haben kann.

Sedierung üblicherweise nicht indiziert Die Frage, ob eine Sedierung oder Narkose des Kindes für die Untersuchung sinnvoll ist, ist umstritten. Obwohl manche Untersucher mit einer Reduktion des unmittelbaren Stresses der Untersuchungssituation argumentieren, ist sie üblicherweise nicht indiziert. Sie beraubt im Gegenteil die Kinder einer möglichen therapeutischen Erfahrung in der Untersuchungssituation durch die Rückversicherung körperlicher Integrität und durch das Bewältigen der Untersuchung selbst.

Erforderlich ist eine Sedierung oder Narkose bei schwerwiegenden, akuten, blutenden anogenitalen Verletzungen. Bei hoher Wahrscheinlichkeit forensisch bedeutsamer Befunde und einem nicht zur Kooperation fähigen Kind kann sie in Einzelfällen erwogen werden.



Abb. 8.1 Eine spielerische Umgebung hilft, Ängste zu mildern

Ganzkörperuntersuchung Auch für nichtpädiatrische Ärzte ist eine vollständige Untersuchung »von Kopf bis Fuß« obligatorisch. Sie sollte der anogenitalen Untersuchung immer vorausgehen, um nicht auf den anogenitalen Bereich zu fokussieren (wie es der Täter getan hat). Die implizite Nachricht ist, dass das ganze Kind wichtig ist. Dieses Vorgehen erlaubt auch, den Entwicklungsstand des Kindes insgesamt einzuschätzen und vermeidet das Übersehen extragenitaler Zeichen eines sexuellen Missbrauchs oder koexistierender Hinweise auf eine körperliche Misshandlung.

> **Grundsätzlich ist die Untersuchung eines möglichen sexuellen Missbrauchs des präpubertären Kindes vornehmlich eine externe Visualisierung des Anogenitalbereiches durch das Variieren verschiedener Untersuchungsmethoden und Techniken und geeigneter Positionierung des Kindes. Zur Abklärung eines sexuellen Missbrauchs ist eine Palpation von Vagina oder Anus ebenso wie eine Vaginoskopie aufgrund ihrer Invasivität kontraindiziert.**

> **Die Verwendung von Spekula bei Jugendlichen ist unter der Fragestellung missbrauchsassoziierter Befunde nicht zwingend erforderlich. Bei akuter Vergewaltigung kann es sinnvoll sein, dadurch tiefere Verletzungen auszuschließen.**

Apparative Hilfsmittel und Dokumentation

Der Einsatz technischer Hilfsmittel sollte gezielt und überlegt erfolgen. Aufgrund einer potenziellen Steigerung der Ängstlichkeit muss ein solcher Einsatz dem Kind oder Jugendlichen vor der Untersuchung erklärt und vertraut gemacht werden.

Technische Hilfsmittel bei der Untersuchung Bei Jugendlichen ist die Verwendung von Spekula möglich, aber außer bei blutenden Verletzungen weder obligatorisch noch hilfreich für die Befunderhebung. Ein gynäkologischer Stuhl kann nach entsprechender Erklärung bei älteren Kindern und Jugendlichen verwendet werden, während er gerade bei jüngeren Kindern die Fremdheit und Ängstlichkeit steigern kann. Sein Einsatz hängt von der Fähigkeit des Untersuchers ab, dem Kind die Situation vertraut zu machen.

Wie bei jeder gynäkologischen Untersuchung ist es aufgrund der Möglichkeit von sexuell übertragenen und anderen Infektionen ratsam, Handschuhe zu tragen. Ein Otoskop ist für die anogenitale Untersuchung nicht geeignet.

Dokumentation: Immer schriftlich, Skizze und Foto Eine sorgfältige schriftliche Dokumentation der Untersuchung und der Befunde in deskriptiver und standardisierter Terminologie ist für die weitere Beurteilung eines Falles von großer Bedeutung. Sie sollte in diesem Sinne medizinisch korrekt, aber auch für nichtmedizinische Fachleute (u. a. beruflich mit Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch befasste medizinische Laien) verständlich und nachvollziehbar sein. Selbst angefertigte oder in vorgegebene Schemata (▶ Anhang) eingezeichnete Skizzen der Befunde helfen dabei erheblich.

Aus verschiedenen Gründen sollte immer zusätzlich eine qualitativ gute Fotodokumentation erfolgen. Die erhobenen Befunde haben mitunter erhebliche juristische, psychische und soziale Konsequenzen. Daher müssen sie sowohl in fachlich-medizinischer als auch juristischer Hinsicht überprüfbar sein. Dies gilt insbesondere vor dem Hintergrund des sehr heterogenen Ausbildungsstandes im ärztlichen Bereich bezüglich anogenitaler Befunde bei sexuellem Kindesmissbrauch.

Fotografische und Videodokumentation Argumente für eine fotografische Dokumentation sind in der Auflistung zu den Vorteilen der Kolposkopie enthalten (s. unten). Wie alle Schritte der Untersuchung sollte das Einverständnis des Kindes oder Jugendlichen zur Fotodokumentation eingeholt werden. Zu bedenken ist, dass manche Kinder pornografisch fotografiert wurden. Es ist sinnvoll, dem Kind gegenüber zu erwähnen, dass diese Art von Fotografie des Intimbereiches nur einem Arzt gestattet ist.

Für die Dokumentation anogenitaler Befunde hat die Digitalfotografie die frühere konventionelle 35-mm-Spiegelreflexkamera mit Dia- oder Papierbilddokumentation abgelöst. Für die Zusammenstellung der eigenen Fotoausrüstung kann es hilfreich sein, sich von einem medizinischen Fotografen beraten zu lassen. Juristische Bedenken bezüglich der Manipulierbarkeit digitaler Bilder gibt es nicht; der Arzt bürgt für die Richtigkeit der Dokumentation.

Videoaufnahmen können durch das bewegte Bild den Untersuchungsablauf festhalten und beugen u. U. einer Fehlinterpretation bei der Begutachtung eines Einzelbildes vor. Polaroidaufnahmen sind generell aufgrund der geringeren Qualität, höherer Kosten und Probleme der Vervielfältigung und Lagerung ungeeignet. Fotos oder Videos ersetzen nicht die sorgfältige schriftliche Dokumentation, gehören nach neuesten Empfehlungen jedoch zum fachlichen Standard (Adams 2016).

Einsatz eines Kolposkops Das Kolposkop hat sich mittlerweile als fachlicher Standard bei der Erhebung von Genitalbefunden bei vermutetem sexuellem Missbrauch etabliert. In Deutschland wird es von den Firmen Leisegang und Leica angeboten. Teilweise sind diese ursprünglich rein gynäkologischen Geräte zur Dokumentation mit einer digitalen 35-mm-Kamera oder einem digitalen Videosystem ausgerüstet. Gerade für nichtgynäkologische Untersucher muss der Umgang damit erlernt und geübt werden. Besonders komfortabel ist die Kombination mit einem Patientenverwaltungs- und Dokumentationssystem, bei dem die Bilder oder Videos »live« auf einem angeschlossenen Laptop von den Patienten, Eltern oder anzulernenden Kollegen verfolgt werden können (◘ Abb. 8.2). Dem



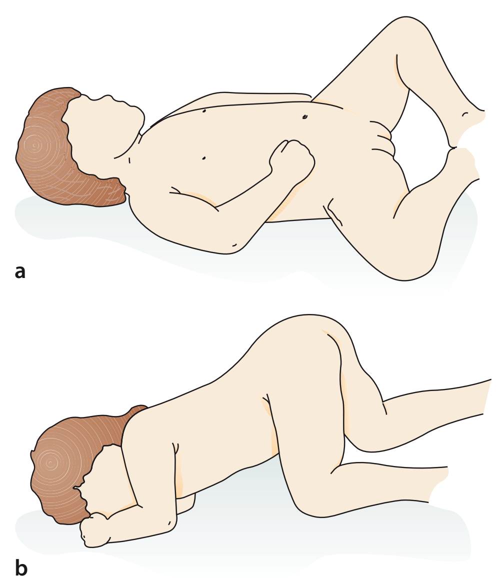
Abb. 8.2 Untersuchungssituation mit Kolposkop und digitalem Dokumentationssystem

Kind (optional) anzubieten die Untersuchung mit zu verfolgen, kann angstmindernd sein.

Weiterhin können die Bilddaten unmittelbar in die elektronische Patientenakte übernommen und zusammen mit dem Arztbrief gespeichert werden (z. B. bei der Software Leisecap der Fa. Leisegang).

Vorteile kolposkopischer und fotografischer Untersuchungen und Dokumentation

- Variable Vergrößerung und potente Lichtquelle; dadurch verbesserte Visualisierung
- Trefferquote positiver Befunde leicht erhöht
- Ermöglicht das eigene Überprüfen und Überdenken von erhobenen Befunden und ihrer Bewertung
- Ermöglicht das Einholen einer zweiten Meinung und Peer Review
- Erleichtert die Verlaufskontrolle von Verletzungen im Vergleich zum Ausgangsbefund
- Qualitativ hochwertige und gerichtsverwertbare Dokumentation
- Befundfotos vermeiden Zweituntersuchungen, daher kein Risiko einer etwaigen zusätzlichen emotionalen Traumatisierung des Kindes
- Fotografische Befunde sind Grundlage für Forschung und Ausbildung
- International als Standard etabliert
- Qualitätsmerkmal einer Institution, die Kinder bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch fachlich begutachtet



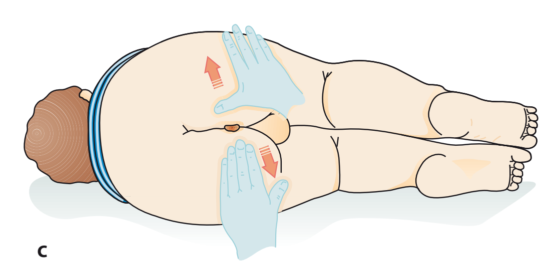


Abb. 8.3a–c Untersuchungspositionen: **a** Froschhaltung, **b** Knie-Brust-Lage, **c** Seitenlage. (nach: Banaschak 2004)

8.2.1 Ablauf der anogenitalen Untersuchung, Positionen und Techniken

Die anogenitale Untersuchung beginnt in der komfortabelsten und am wenigsten beängstigenden Position, in Rückenlage mit abduzierten Beinen (Froschhaltung, »frogleg position«; Abb. 8.3a).

Besonders jüngere Kinder lassen sich aufgrund zu starker Ängstlichkeit gelegentlich nur auf dem Schoß der Mutter untersuchen (Abb. 8.4).

Inspektion und Separation Zunächst erfolgt die primäre, äußere Inspektion der Anogenitalregion bezüglich des Pubertätsstadiums nach Tanner, äußerer Verletzungen oder Hauterscheinungen. Die Separationstechnik der großen Labien erlaubt einen ersten,



Abb. 8.4 Untersuchung auf dem Schoß der Mutter

orientierenden Überblick über die tiefer gelegenen Anteile des äußeren Genitales, das Vestibulum, die Fossa navicularis und das Hymen, das sich hierbei jedoch häufig nicht entfaltet (Abb. 8.5a).

Traktion Obligat sollte darauf die Traktionstechnik folgen, die merklich die Visualisierung und Öffnung des Introitus verbessert, insbesondere bei schlechter Entfaltung des Hymens. Bei dieser Methode werden die großen Schamlippen zwischen Daumen und Zeigefinger gegriffen und eine leichte Traktion nach unten und außen ausgeübt (Abb. 8.5b).

Knie-Brust-Lage Mittlerweile ist es Konsens, die Knie-Brust-Lage routinemäßig in die Untersuchung einzubeziehen, mit Ausnahme der Fälle, in denen die Visualisierung in Rückenlage vollständig und zufriedenstellend ist oder es die mangelnde Kooperation des Patienten aufgrund von Ängstlichkeit nicht gestattet. In Fällen mit unklaren oder verdächtigen Befunden in Rückenlage ist die Knie-Brust-Lage eine wertvolle Ergänzung, da durch die Einwirkung der Schwerkraft die Entfaltung des Hymens merklich verbessert wird. Bei dieser Methode ruhen die Hände des Untersuchers auf dem Gesäß, mit den Daumen nach innen gerichtet, und ziehen die großen Schamlippen leicht aufwärts und lateral (Abb. 8.5c).

Die Persistenz von verdächtigen oder diagnostisch einen sexuellen Missbrauch belegenden Befunden in der Knie-Brust-Lage verbessert deren Aussagekraft und diagnostische Relevanz. Mittlerweile

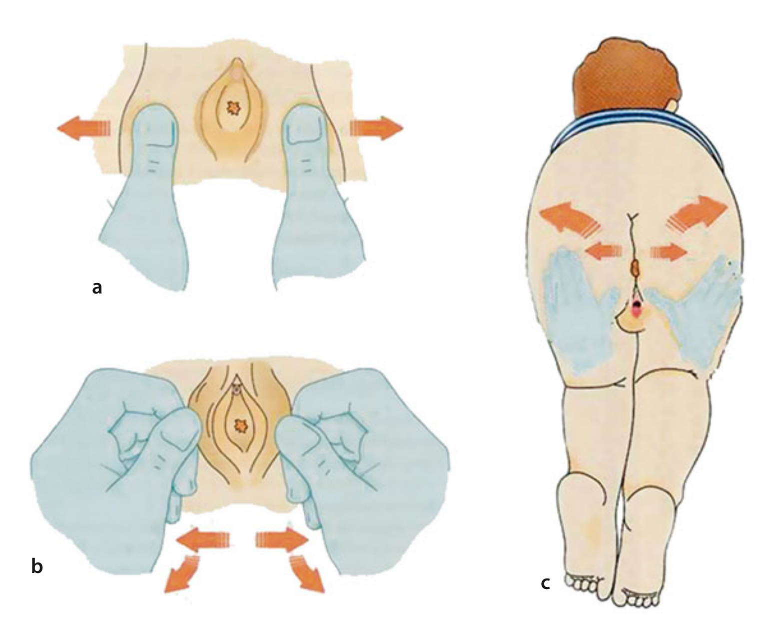


Abb. 8.5a–c Untersuchungstechniken: **a** Separation, **b** Traktion, **c** Spreizung in Knie-Brust-Lage. (Mod. nach Banaschak 2004)

verlangt die Diagnose eines den sexuellen Missbrauch beweisenden Befundes nach der Leitlinie von Adams et al. (2016) die Bestätigung in allen Untersuchungspositionen. Auch die Visualisierung eines großen Anteils der inneren Vagina, teils bis zur Zervix, gelingt dabei in einer hohen Zahl von Fällen ohne Spekula. Zudem kann der Anus problemlos ebenfalls beurteilt werden.

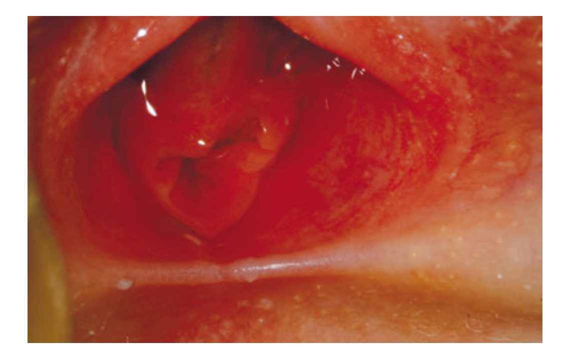
Kinder, die eine anale Penetration erfahren haben, fühlen sich in der Knie-Brust-Lage möglicherweise unwohl und ängstlich. Das Verhalten und die affektive Reaktion des Kindes müssen daher bei Anwenden dieser Position sorgfältig beobachtet werden. Es kann für das Kind hilfreich sein, bei dieser Technik mit dem Untersucher Augenkontakt zu behalten.

Die Inspektion des Anus ist obligatorisch und kann in der Knie-Brust-Lage oder in der Seitenlage durchgeführt werden (◘ Abb. 8.3). Letztere ist geeigneter bei Jungen, die häufiger anal missbraucht werden.

Weitere Untersuchungstechniken Jugendliche werden üblicherweise in der Lithotomieposition (Rückenlage mit angewinkelten Beinen) untersucht. Die Visualisierung des östrogenisierten und dadurch meist sehr wulstigen, gelappten und gefalteten pubertären Hymens kann schwierig sein. Um Verletzungen des Hymens zu identifizieren, kann es hilfreich sein, den Hymenalsaum mit einem angefeuchteten Wattestieltupfer zu umfahren (Abb. 9.5). Auch das Spülen des Hymens mit warmem Wasser kann die Darstellung verbessern (◘ Abb. 8.6).

Die sog. Foley-Kathetermethode wird kontrovers beurteilt. Dabei wird der ungefüllte Ballon eines Blasenkatheters in den Introitus eingeführt, mit Wasser gefüllt und dann mit sanftem Zug herausgezogen, bis sich der Hymenalsaum um den Ballon entfaltet. Dies soll die Identifizierung von Unterbrechungen des Hymenalsaums erleichtern. Als potenziell invasiv erlebte Maßnahme ist sie kritisch zu beurteilen. In anderweitig indizierten Narkoseuntersuchungen kann sie jedoch hilfreich sein.

Verbale Kommunikation während der Untersuchung Eine gute Kooperation und Entspannung des Kindes ist eine Voraussetzung für das Gelingen der Untersuchung. Gleichzeitig wird die Visualisierung der genitalen Strukturen durch geringere muskuläre Spannung an den genitalen Geweben verbessert. Deshalb sollte jeder Schritt der Untersuchung erklärt werden und mit dem Kind während der Untersuchung über nicht missbrauchsbezogene Angelegenheiten geredet werden. Man kann auch versuchen, das Kind zu motivieren, selbst eine Geschichte zu erzählen.



◘ **Abb. 8.6** Hymenalsaum eines östrogenisierten, pubertären Hymens »treibt« nach Spülung in warmem Wasser

Im Allgemeinen sollte die Visualisierung und Fotodokumentation vor der Durchführung möglicher Abstriche erfolgen. Zum Abschluss sollten eine Bestärkung und ein Lob des Kindes erfolgen, dass es die Untersuchung gemeistert hat. Gerade für Jugendliche ist die erste »Frauenarztuntersuchung« mit erheblichen Ängsten verbunden, sodass dies explizit benannt und gewürdigt werden sollte.

Kommunikation nach der Untersuchung Die Kommunikation der Ergebnisse der Untersuchung mit den Begleitpersonen und dem (wieder komplett bekleideten!) Kind, ihre Bedeutung und eine etwaige Weiter- und Nachbetreuung schließen die Untersuchung ab. Dabei sollen medizinische ebenso wie die psychosozialen und ggf. psychotherapeutische als auch Sicherheitsaspekte berücksichtigt werden. Medizinische Terminologie ist ungeeignet, um dem Kind das Ergebnis der Untersuchung mitzuteilen. Im Falle auffälliger Befunde soll die Aussicht auf Heilung und Normalität betont und eine Kontrolluntersuchung vereinbart werden. Die Wahl der Worte bei der Befundmitteilung kann das Körperselbstbild des Kindes stark beeinflussen. So ist es beispielsweise günstiger, von einem »Kratzer« statt von einem »Riss« zu sprechen.

8.2.2 Labor- und weitere Diagnostik

Aufgrund der Seltenheit des Nachweises sexuell übertragener Infektionen (»sexually transmitted infections«, STI) bei asymptomatischen Patienten wird präpubertär ein selektives Screening empfohlen. Zu Indikation, Art der Probenentnahme und Implikationen ▶ Kap. 10.

Da in Einzelfällen knöcherne Verletzungen wie Becken- oder Oberschenkelfrakturen bei Opfern akuten gewaltsamen sexuellen Kindesmissbrauchs gefunden wurden, ist bei entsprechender lokaler klinischer Symptomatik eine radiologische Diagnostik angezeigt. Eine Zusammenfassung der Diagnostik bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch zeigt die folgende ▶ Übersicht.

Untersuchung bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch

- Allgemeine Grundsätze
  - Niemals (körperlicher oder psychischer) Zwang oder verbaler Druck!
  - Untersuchungszeitpunkt nach forensischer Dringlichkeit
  - Sedierung in der Regel nicht indiziert
  - Potenzielle Ängste antizipieren
  - Grenzen respektieren, Zeit lassen
  - Altersgerechte Sprache und dem Kind vertraute Begriffe verwenden (im Vorfeld erfragen)
  - Geschlecht des Untersuchers variabel
  - Wahlmöglichkeiten und möglichst viel Kontrolle ermöglichen
  - Verhalten und Ängste registrieren
  - Sprachlich positive Aspekte betonen
  - Kind für das Gelingen der Untersuchung loben
- Spezifischer Untersuchungsablauf
  - Ganzkörperuntersuchung obligatorisch
  - Präpubertär keine Spekula, pubertär möglich, aber selten hilfreich
  - Keine vaginale/anale Palpation
  - Handschuhe tragen (Infektionskrankheiten)
- Untersuchungspositionen und -techniken
  1. Rückenlage (Separation, Traktion)
  2. Knie-Brust-Lage
  3. Gegebenenfalls Seitenlage
  4. Auf dem Schoß der Mutter (falls erforderlich)
- Reihenfolge beachten:
  1. Fotodokumentation
  2. Forensische Abstriche
  3. Übrige Abstriche (falls indiziert)

Literatur

Adams JA, Starling SP, Frasier LD, Palusci VJ, Shapiro RA, Finkel MA, Botash AS (2012) Diagnostic accuracy in child sexual abuse medical evaluation: Role of experience, training, and expert case review. Child Abuse Negl 36: 383–392

Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, Levitt CJ, Shapiro RA, Moles RL, Starling SP (2016) Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc Gynecol 29: 81-87. www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext

Banaschak S (2004) Sexueller Missbrauch von Kindern. In: Brinkmann B, Madea B (Hrsg.) Handbuch Gerichtliche Medizin. Kap. 26, Springer, Berlin Heidelberg New York, S. 1237–1266

Boyle C, McCann J, Miyamoto S, Rogers K (2008) Comparison of examination methods used in the evaluation of prepubertal and pubertal female genitalia: A descriptive study. Child Abuse Negl 32: 229–243

Christian C, Lavelle J, Dejong A, Loiselle J, Brenner L, Joffe M (2000) Forensic evidence findings in prepubertal victims of sexual assault. Pediatrics 106: 100–104

Christian CW (2011) Timing of the medical examination. J Child Sex Abuse 20: 505–520

Debertin, AS, Seifert D, Mützel E (2011) Forensisch-medizinische Untersuchung von Mädchen und Jungen bei Verdacht auf Misshandlung und Missbrauch. Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Klinische Rechtsmedizin der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin. Rechtsmedizin 21: 479–482

DeLago C, Deblinger E, Schroeder C, Finkel MA (2008) Girls who disclose sexual abuse: urogenital symptoms and signs after genital contact. Pediatrics 122: e281–e286. http://pediatrics.aappublications.org/content/122/2/e281?download=true

DeLago C, Finkel MA, Clarke C, Deblinger E (2012) Urogenital symptoms after sexual abuse vs irritant contact in premenarchal girls. J Pediatr Adolesc Gynecol 25: 334–339

DeLago C, Finkel MA, Deblinger E (2012) Urogenital symptoms in premenarchal girls: Parents' and girls' perceptions and associations with irritants. J Pediatr Adolesc Gynecol 25: 67–73

Finkel MA (2008) »I can tell you because you're a doctor« Commentary. Pediatrics 122: 422

Finkel MA, Alexander RA (2011) Conducting the medical history.J Child Sex Abuse 20: 486–504

Finkel MA (2011) Putting it all together. J Child Sex Abuse 20: 643–656

Gavril AR, Kellogg ND, Nair P (2012) Value of follow-up examinations of children and adolescents evaluated for sexual abuse and assault. Pediatrics 129: 282–289

Girardet R, Bolton K, Lahoti S et al. (2011) Collection of forensic evidence from pediatric victims of sexual assault. Pediatrics 128: 233–238

Gulla K, Fenheim GE, Myhre AK, Lydersen S (2007) Non-abused preschool children's perception of an anogenital examination. Child Abuse Negl 31: 885–894

Hornor G, Scribano P, Curran S, Stevens J (2009) Emotional response to the ano-genital examination of suspected sexual abuse. J Forensic Nurs 5: 124–130

Jenny C (2011) Emergency evaluation of children when sexual assault is suspected. Pediatrics128: 374–375

Jones J, Farst KJ (2011) The sexual abuse postexamination conference with families. In: Kaplan R, Adams JA, Starling SP, Giardino AP: Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. STM Learning, St. Louis

Lyon TD, Ahern EC, Scurich N (2012) Interviewing children versus tossing coins: Accurately assessing the diagnosticity of children's disclosures of abuse. J Child Sex Abuse 21: 19–44

Makoroff K, Desai M, Benzinger E (2009) The role of forensic materials in sexual abuse and assault. In: Reece RM, Christian CW (Hrg) Child abuse: Medical diagnosis and management, 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, S 377–388

Marks S, Lamb R, Tzioumi D (2009) Do no more harm: The psychological stress of the medical examination for alleged child sexual abuse. J Paediatr Child Health 45: 125–132

McCann J, Voris J, Simon M, Wells R (1990) Comparison of genital examination techniques in prepubertal girls. Pediatrics 85: 182–187

Palusci VJ, Cox EO, Shatz EM, Schultze JM (2006) Urgent medical assessment after child sexual abuse. Child Abuse & Negl 30: 367–380

Ricci LR (2009) Documentation of physical evidence of child sexual abuse. In: Finkel MA, Giardino AP. Medical evaluation of child sexual abuse. 3rd edition, American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, S 133–146

Santucci KA, Nelson DG, McQuillen KK, Duffy SJ, Linakis JG (1999) Wood's lamp utility in the identification of semen. Pediatrics 104: 1342–1344

Schaeffer P, Leventhal JM, Asnes AG (2011) Children's disclosures of sexual abuse: Learning from direct inquiry. Child Abuse Negl 35: 343–352

Thackeray JD, Hornor G, Benzinger EA, Scribano PV (2011) Forensic evidence collection and DNA identification in acute child sexual assault. Pediatrics 28: 227–232

Young KL, Jones JG, Worthington T, Simpson P, Casey PH (2006). Forensic laboratory evidence in sexually abused children and adolescents. Arch Pediatr Adolesc Med 160: 585–588

Befunde und Klassifikation

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_9, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Bei der überwiegenden Mehrzahl sexuell missbrauchter Kinder lassen sich keine auffälligen körperlichen Befunde erheben. Die korrekte Erhebung, Dokumentation und auf aktueller Evidenz basierende Interpretation der Befund und der Gesamtsituation kann dennoch erhebliche Implikationen für den Schutz und die umfassende ärztliche Betreuung betroffener Kinder haben. Die medizinische Untersuchung kann dazu beitragen, ein durch den Missbrauch verursachtes pathologisches Körperselbstbild durch die ärztliche Bestätigung körperlicher Normalität und Integrität zu entlasten. Voraussetzung für eine fachgerechte medizinische Betreuung sind kinder- und jugendgynäkologische und forensische Kenntnisse. Dazu kommt die Kenntnis der methodischen Einschränkungen und Aussagefähigkeit medizinischer Befunde und die Berücksichtigung aktueller Empfehlungen, Leitlinien und Klassifikationen. Mittlerweile gibt es eine Fülle von klinischen Daten über medizinische Befunde bei sexuell missbrauchten Kindern aus zahlreichen Fallkontrollstudien und Kasuistiken und wenigen systematischen Reviews, Hinweise zu ihrer Beurteilung und Klassifizierung und zu ihrer Differenzierung von Normvarianten und anderen Differenzialdiagnosen. Dennoch ist der forensische medizinische Beweis eines sexuellen Missbrauchs die Ausnahme. Beweisend sind anogenitale Verletzungen, die nicht akzidentell erklärbar sind, eine gesicherte Gonorrhö, Syphilis oder HIV-Infektion (nach Ausschluss einer angeborenen Infektion), eine Schwangerschaft oder der Nachweis von Sperma in oder auf dem Körper eines Kindes. Für eine Reihe von Befunden, die als missbrauchsverdächtig gelten, ist die Zuordnung mit Unsicherheiten behaftet, da die Datenlage für eine definitive Bewertung noch unzureichend ist.

Die Analyse der medizinischen Literatur der letzten 20 Jahre zum sexuellen Kindesmissbrauch zeigt eine deutliche Zunahme der Wertung von Befunden als normal oder unspezifisch. Dagegen hat die Zahl der Befunde, die eindeutig einem sexuellen Kindesmissbrauch zugeordnet werden, stark abgenommen. Die Aussagekraft etlicher zuvor einer Penetration zugeschriebener Befunde musste revidiert werden, da sie häufig auch bei nichtmissbrauchten Kindern gefunden wurden. Obwohl es offene methodische Fragen und Einschränkungen der sog. Normal-Studien gibt, haben diese Arbeiten sehr zum Verständnis medizinischer Befunde beim sexuellen Missbrauch von Kindern beigetragen. Eine grundsätzliche Frage ist, ob die Untersuchungsinstrumente sensitiv genug sind, um in der angenommenen Normalpopulation unerkannten sexuellen Missbrauch auszuschließen. Einen hohen Stellenwert hat diesbezüglich das **Child Sexual Behavior Inventory** (CSBI nach Friedrich et al. 2001).

9.1 Anogenitale Befunde

Für Fachleute, die eine medizinische Untersuchung bei Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch vornehmen, ist entscheidend, ein gründliches Verständnis der anogenitalen Anatomie zu entwickeln. Für die Einordnung von Befunden als pathologisch ist zunächst die Kenntnis der Normalbefunde und ihrer Variationen in jeder Altersstufe erforderlich.

9.1.1 Grundlagen, Anatomie und Terminologie

Terminologie

Die Beschreibung und Beurteilung von anogenitalen Befunden sollte anhand einer einheitlichen, deskriptiven und standardisierten Terminologie der normalen genitalen Strukturen erfolgen. In den letzten Jahren sind große Anstrengungen unternommen worden, um eine Vereinheitlichung der Terminologie herbeizuführen. Ärzte, die anogenitale Befunde erheben, sollten dieselbe Sprache sprechen und normale Variationen und pathologische Befunde in derselben Terminologie beschreiben. Im Folgenden werden die englischen Bezeichnungen im Text in Anführungszeichen mit angeführt, um den Zugang zur internationalen Literatur und Terminologie zu erleichtern.

Die Dokumentation in der medizinischen Akte sollte so spezifisch wie möglich sein und allgemeine Begriffe wie »normale Genitalien« vermeiden, da sie die große Vielfalt der Normvarianten nicht widerspiegelt. »Vulva«, »Pudenda«, »Virgo intacta«, »virginaler Introitus«, »klaffende Vulva« oder »vergrößerte

vaginale Öffnung« sind unzureichende, unpräzise und nicht deskriptive Begriffe. Ihre Verwendung entspricht keiner fachgerechten und forensisch verwertbaren Dokumentation anogenitaler Befunde.

Der Begriff »posterior fourchette« ist in Deutschland nicht geläufig. Er beschreibt das gedachte hautfalten- oder bandförmige posteriore Zusammentreffen der Labia minora, an der »Gabelung« vom Perineum zur Vagina, also das Frenulum labiorum pudendi minorum, das nicht mit der Commissura posterior identisch ist (◘ Abb. 9.1). Dieser Bereich wird im Rahmen peniler Penetration relativ häufig traumatisiert.

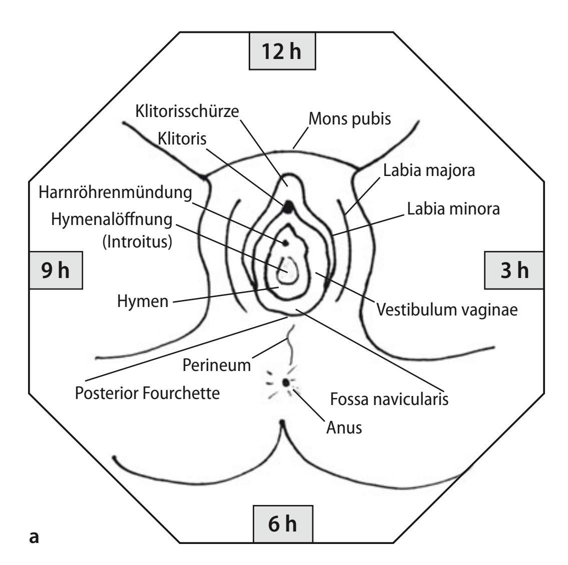
Die Beschreibung genitaler Befunde sollte mit den externen, oberflächlichen Strukturen beginnen und entsprechend dem Untersuchungsgang mit den inneren Strukturen fortfahren (◘ Abb. 9.1).

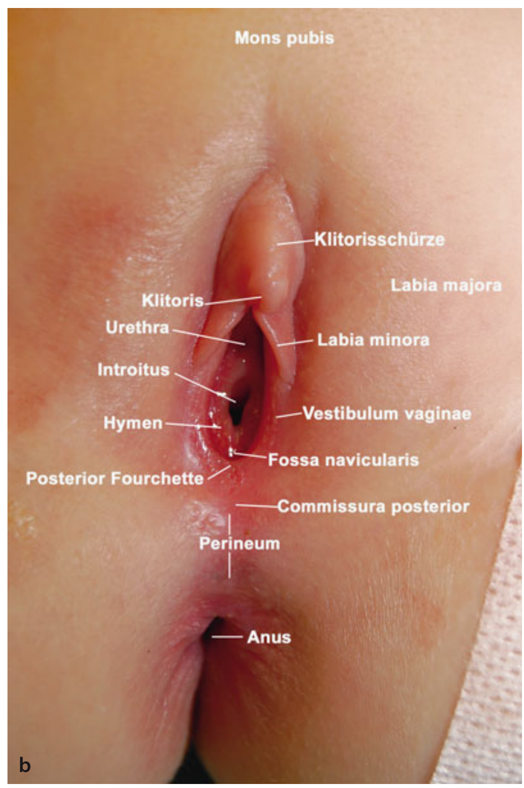
9.1.2 Hymen – Anatomie und Variationen

Die geringe anatomisch-physiologische Bedeutung des Hymens kontrastiert erheblich zu seiner kulturell-religiösen Funktion und der Aufmerksamkeit, die es bei der Diagnostik sexueller Übergriffe erfährt. *Hymenaeus* (griechisch Ὑμέναιος) war der Gott der Hochzeit in der griechischen Mythologie. Bis heute bestehen bisweilen tatsächlich mehr mythologisch als physiologisch geprägte Vorstellungen von Entstehung, Funktion und Aussehen des Hymens und seiner Veränderung bei einvernehmlichem und erzwungenem Geschlechtsverkehr. Dies gilt in erster Linie für Laien und nichtmedizinische Fachleute im Kinderschutz- und Rechtssystem, allerdings in nicht zu unterschätzendem Ausmaß auch für nicht in der Thematik bewanderte Mediziner.

■ Zum Begriff »Virgo intacta«

Insbesondere der in der gynäkologischen Terminologie beliebte und deskriptiv gemeinte Begriff »virgo intacta« suggeriert gerade Nichtmedizinern, die mit Missbrauchsfällen befasst sind, eine emotional weit über den anatomischen Befund hinausgehende Vorstellung einer »intakten Jungfrau«. Die Fragwürdigkeit des Begriffs verdeutlicht eine Stu-





◘ **Abb. 9.1a,b** Anatomie und Terminologie des Anogenitalbereichs; **a** schematische Darstellung, **b** klinischer Aspekt

die von Kellogg et al. (2004), die nur bei 2 von 36 schwangeren Teenagern Hinweise auf eine zurückliegende Penetrationsverletzung fand. Eine kanadische Studie fand nur in 9% erwachsener, zuvor »jungfräulicher« Vergewaltigungsopfer Penetrationsverletzungen des Hymens (Biggs et al. 1998). In einer WHO-Metaanalyse fanden sich in einem hohen Prozentsatz jugendlicher und erwachsener Opfer sexueller Gewalt keine anogenitalen Verletzungen und kein Spermanachweis (DuMont u. White 2007).

Die Verwendung einer bestimmten, irreführenden medizinischen Terminologie kann für die Glaubwürdigkeit der Opfer geradezu gefährlich sein. Die Implikationen und Beschränkungen bestimmter Begriffe mögen auch ärztlichen Kollegen nicht immer bewusst sein. Ihre Benutzung geschieht jedoch im Kontext kulturell, ethnisch, religiös, mythisch und allgemein geprägter Laienvorstellungen vom »bloody sheet«, also der zwangsläufigen Blutung im Rahmen der »Entjungferung« beim ersten Geschlechtsverkehr. Dadurch wird die Unmöglichkeit oder Unglaubwürdigkeit eines sexuellen Übergriffs angesichts des medizinischen Befundes »Virgo intacta« suggeriert. Bei der Beschreibung eines Hymenalbefundes im Zusammenhang mit einem möglichen sexuellen Missbrauch ist der Begriff daher obsolet!

Embryonale Entwicklung des Hymens

Embryonal entsteht das Hymen aus der Fusion von Müller-Gang-Derivaten (Ductus paramesonephricus) mit dem Sinus urogenitalis (Verbindung zwischen Blase und Vestibulum). Aus der Fusion der mesodermalen Derivate des Müller-Ganges entsteht der uterovaginale Kanal. Dieser deszendiert und trifft in der 7. Woche auf den endodermalen Sinus urogenitalis. Dort bildet er etwa in der Mitte des Sinus urogenitalis sinuvaginale Höcker als dorsale Vorwölbungen. Diese verdicken sich durch Proliferation und induzieren das Gleiche im sinourogenitalen Epithel; es bildet sich die Vaginalplatte (12. Woche).

Die Verlängerung und Kanalisierung der vaginalen Platte beginnt im 3. Monat und ist im 5. Monat vollständig. Die oberen zwei Drittel der hierdurch gebildeten Vagina entstammen dem mesodermalen uterovaginalen Kanal (Müller-Gang-Derivat), das untere Drittel entstammt dem endodermalen Sinus urogenitalis.



Abb. 9.2 Hymen anulare: Ringförmiges Überbleibsel der Hymenalplatte. Nebenbefundlich kleine unspezifische Adhäsion bei 11 Uhr

Das Lumen zum Sinus urogenitalis bleibt jedoch zunächst durch eine persistierende Membran, die Hymenalplatte, verschlossen. Diese öffnet sich erst kurz vor der Geburt, sodass Harnröhre und Vagina jetzt gemeinsam in das Vestibulum vaginae münden. Diese partielle Auflösung bzw. Eröffnung geschieht meist zentral, sodass das Hymen als ringförmiges Überbleibsel der Hymenalplatte den Introitus der Vagina noch randständig partiell bedeckt (anuläre Hymenalkonfiguration – Abb. 9.2).

Varianten der Hymenalöffnung

Es gibt zahlreiche Varianten der Erscheinungsform des Hymens. Bleibt die Eröffnung aus, liegt eine Hymenalatresie vor (0,014–0,1% der weiblichen Neugeborenen). Hinweisend darauf ist der fehlende vaginale Fluor beim weiblichen Neugeborenen bzw. der Aspekt eines sich aufgrund des Sekretstaus oft prall hervorwölbenden Tumors zwischen den großen Labien (Abb. 9.3).

Konfigurationen des Hymens

Die zahlreichen anatomischen Variationen des Hymens vermögen den mit der Frage eines möglichen



Abb. 9.3 Hymenalatresie bei Neugeborenem; Vorwölbung durch Sekretstau. Beachte: Kein neonataler Fluor!

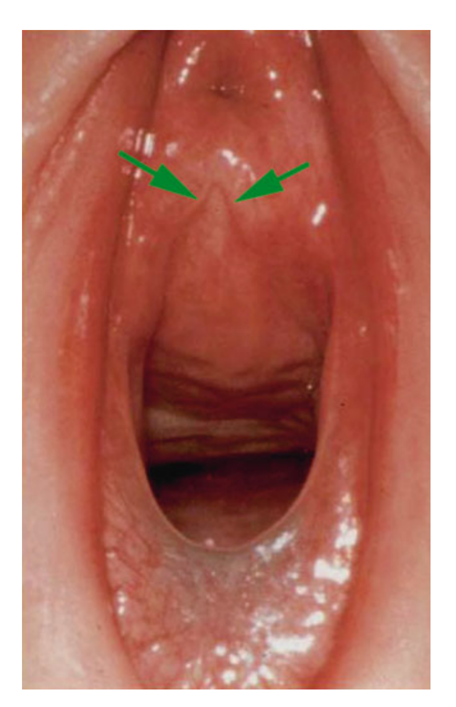


Abb. 9.4 Typische präpubertäre semilunare Konfiguration des Hymens; durchscheinender Aspekt und nebenbefundlich anteriore Kerbe *(Pfeile)*, hoher Hymenalsaum und kräftige Vaskularisierung (keine Entzündung!)

sexuellen Übergriffs konfrontierten Diagnostiker bisweilen vor manches Rätsel zu stellen. Das Erscheinungsbild des Hymens wird von den oben erwähnten Faktoren, vom Alter, der Konstitution und hormonellen Faktoren beeinflusst. Das weißlich-rosige Hymen neugeborener Mädchen ist in etwa 80% anulär konfiguriert und aufgrund mütterlichen Östrogeneinflusses und noch empfänglicher Rezeptoren dick und wulstig. Dieses Erscheinungsbild ändert sich aufgrund der nachlassenden Östrogenwirkung im Laufe des ersten Lebensjahres merklich.

Die sich hieraus ergebende Rückbildung des Hymenalgewebes führt bei den meisten Mädchen zu einer Auflösung des oberen Anteils. Dadurch entstehen anteriore Kerben (Abb. 9.4). Es bildet sich die typische semilunare oder halbmondförmige Konfiguration, die jetzt in variablem Ausmaß nur noch den unteren Anteil des Introitus bedeckt. Sie ist für die nachfolgende präpubertäre hormonelle Ruhephase typisch und liegt mit neun Jahren in 90% vor. Das Hymen ist jetzt eine dünne, gelegentlich durchscheinende, glattrandige Membran, die aufgrund guter Vaskularisierung einen stark rötlichen Aspekt erhält, der nicht mit einer Entzündung verwechselt werden darf.

Der einsetzende pubertäre Östrogenanstieg bewirkt dann wieder eine mattere, wulstigere und lockere Erscheinung und Proliferation des Hymenalgewebes (Abb. 9.5a). Dies erschwert die sichere Beurteilung der Kontinuität des Hymenalsaums erheblich. Hilfreich kann hierbei die Spülung mit Wasser (Abb. 8.6) oder das Umfahren mit einem angefeuchteten Wattestieltupfer sein (Abb. 9.5b).

Bei Kindern und Jugendlichen beschriebene Konfigurationen des Hymens finden sich in Tab. 9.1, die gängigsten Konfigurationen sind in Abb. 9.6 abgebildet.

Eine asymmetrische Erscheinungsform des Hymens ist häufig, nicht pathologisch und resultiert oft aus asymmetrischer Traktion durch den Untersucher. Ein unregelmäßiger Randsaum wird in 9–52% und ein verdickt wirkender Randsaum in 46–54% nichtmissbrauchter Mädchen gesehen. Das Hymen ist ein elastisches Gewebe. Im Gegensatz zur landläufigen und laienhaften Vorstellung ist es keine den Introitus verschließende Haut, ebenso wenig ähnelt es einem Stück Papier, das durch eine Penetration unwiderruflich zerrissen wird. Von

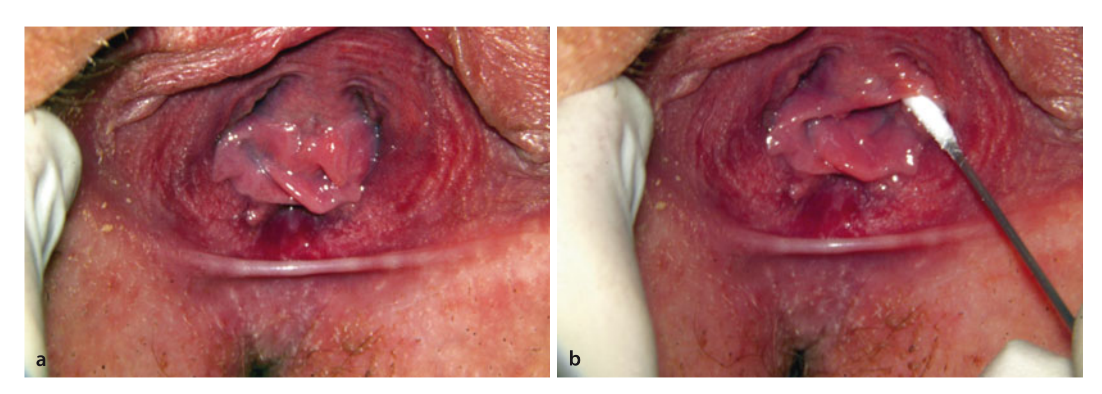


Abb. 9.5a,b Östrogenisiertes, wulstiges, pubertäres Hymen mit physiologischem Fluor albus (**a**). Zur besseren Darstellung den Hymenalsaum mit angefeuchtetem Wattetupfer umfahren (**b**)

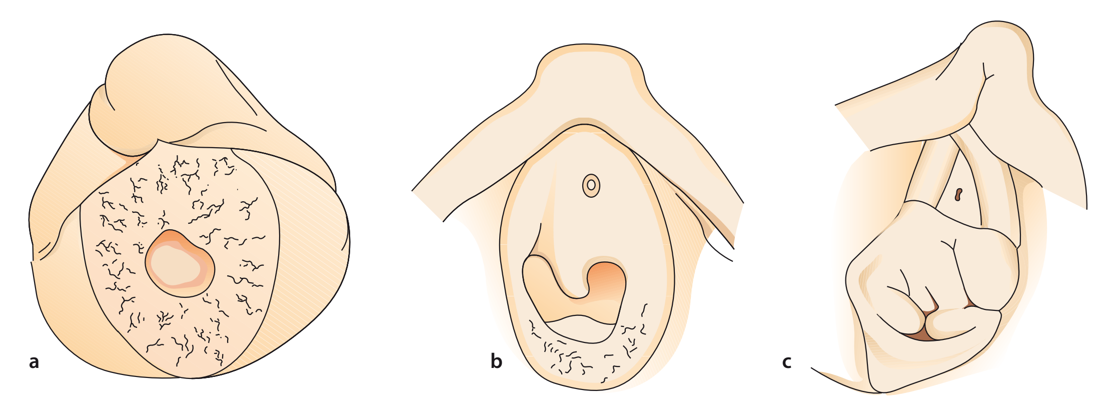


Abb. 9.6a–c Schematische Darstellung der drei häufigsten Normalkonfigurationen des Hymens: **a** anulär, **b** semilunar, **c** wulstig-östrogenisiert. (Aus: Banaschak u. Madea 2007)

Tab. 9.1 Konfigurationen des Hymens

Konfiguration	Abbildung	Vorkommen/Bedeutung
Anulär (zirkulär, ringförmig, »annular«)	Abb. 9.2	Hauptsächlich bei Neugeborenen und Säuglingen
Semilunar (halbmondförmig, »crescentic, semilunar«)	Abb. 9.4	Typisch für präpubertäre hormonelle Ruhephase
Wulstig (fimbrienförmig, »fimbriated, denticular«)	Abb. 9.5	Neugeborene, Säuglinge, Pubertät
Varianten		
Varianten - **Kragenförmig** (Hymen altus) - Septiert - **Mikroperforiert** (cribriform) - **Imperforiert** (Hymenalatresie)	 Abb. 9.7 Abb. 9.8 Abb. 9.9 Abb. 9.3	 Normvariante Normvariante Normvariante Pathologisch

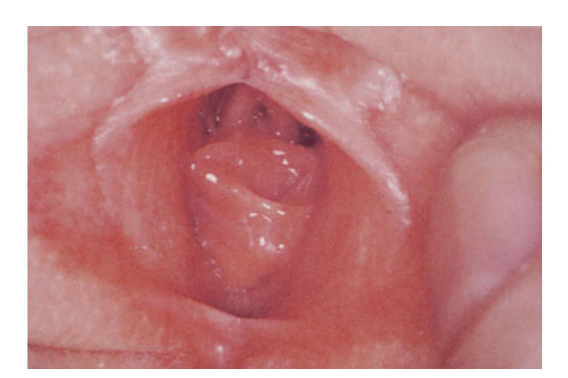


Abb. 9.7 Kragenförmiges Hymen (Hymen altus)



Abb. 9.8 Mehrfach septiertes Hymen durch inkomplette Auflösung der fetalen Hymenalplatte

möglicher therapeutischer Relevanz kann beim Hymen altus mit hochgelegener Öffnung ein lästiges Nachträufeln des sich hinter dem Hymen sammelnden Urins sein. Wichtig ist etwa 1–2 Jahre nach Einsetzen der Thelarche die Überprüfung und ggf. operative Revision im Falle einer Persistenz, um das Einsetzen von Tampons zu ermöglichen und einen später hochgradig schmerzhaften ersten Geschlechtsverkehr zu vermeiden.

Die Elastizität des Hymens ist nicht graduierbar. Da in Studien noch nie Vernarbungen des Hymens beschrieben wurden, kann es auch keine posttraumatische Änderung der Rigidität geben, wie gelegentlich fälschlich angenommen wird. Eine Penetration mit einem Finger führt in der Regel nur zu einer Dilatation des Introitus, jedoch nicht zu einem Einriss des Hymens. Die Verwendung von Tampons führt ebenfalls zu einer Vergrößerung der hymenalen Öffnung, aber zu keiner Verletzung der Integrität des Hymenalsaums. Masturbation bei präpubertären Mädchen erfolgt in der Regel klitoral und verursacht keine Verletzung des Hymens, insbesondere, weil das präpubertäre Hymen gut innerviert und damit äußerst schmerzanfällig ist. Auch physische Aktivitäten wie Gymnastik, Laufen, Springen oder Spagat führen nicht zu Einrissen des Hymens.

Weite der hymenalen Öffnung (Introitus)

Ein großer Teil der medizinischen Forschung über genitale Befunde bei sexuellem Kindesmissbrauch hat sich auf das Hymen konzentriert. Dies gilt besonders für das erste Jahrzehnt der Forschung in den 1980er Jahren, als beträchtliche Anstrengungen unternommen wurden, um die Wahrscheinlichkeit des sexuellen Missbrauchs mit der Weite der hymenalen Öffnung zu korrelieren. Paradise (1989) nannte ihre kritische Analyse dieser Debatte am Ende des Jahrzehnts »predictive accuracy and the diagnosis of sexual abuse: a big issue about a little tissue«. Sie wies darauf hin, dass die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs nicht auf einer genitalen Messung beruhen kann, sondern sich zwingend auf die vom Kind gemachten Äußerungen beziehen muss. Die Weite der hymenalen Öffnung (Introitus) nimmt mit dem Alter der Mädchen zu und wird

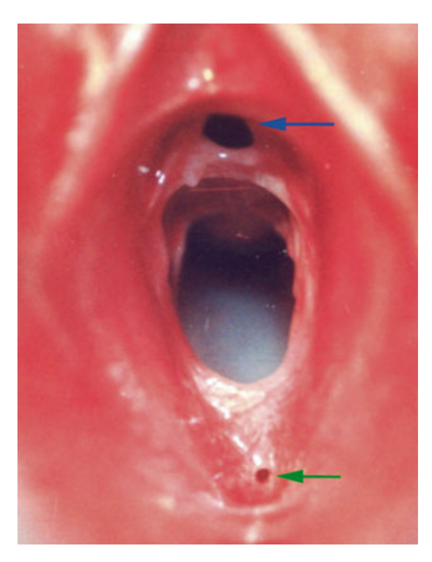


Abb. 9.9 Mikroperforiertes (cribriformes) Hymen *(grüner Pfeil)*; nebenbefundlich urethrale Dilatation *(blauer Pfeil)* und vestibuläre Rötung bei Vaginitis

zudem von ihrer Konstitution, dem Body Mass Index und weiteren Faktoren beeinflusst. Zu diesen Faktoren gehören die Untersuchungsposition, die Untersuchungsmethode, das Ausmaß an herbeigeführter Traktion und der Grad der An- oder Entspannung des Kindes. Damit kann die Weite des Introitus u. U. während derselben Untersuchung beträchtlich variieren.

Messungen, insbesondere der Weite des Introitus (»Hymenalweite«), spielen bei der Beurteilung genitaler Befunde keine Rolle. Sie erlauben keinerlei Rückschluss auf die Wahrscheinlichkeit eines zurückliegenden sexuellen Missbrauchs. Eine große Bedeutung kommt dagegen der Beurteilung der Konfiguration und Integrität des Hymenalsaums und der Beurteilung weiterer akuter und chronischer posttraumatischer Befunde im Anogenitalbereich zu.

Mit Ausnahme komplexer genitaler Fehlbildungen werden alle Mädchen mit einem Hymen geboren. In verschiedenen Studien an mehr als 26.000 neugeborenen Mädchen wurde in Abwesenheit komplexer urogenitaler Fehlbildungen nicht ein einziger Fall eines kongenital fehlenden Hymens dokumentiert.

Höhe des Hymens

In früheren Jahren wurden Versuche unternommen, die Höhe des posterioren Hymenalsaums mit der Wahrscheinlichkeit eines zurückliegenden Missbrauchs zu korrelieren. Nichtmissbrauchte Mädchen wiesen altersunabhängig eine Höhe von 2 mm oder mehr auf, während bei missbrauchten Mädchen in manchen Studien die Höhe 1 mm oder weniger betrug. Spätere Studien konnten diese Unterschiede nicht bestätigen und warfen erheblich Zweifel an der Zuverlässigkeit und Messgenauigkeit bei tief liegenden Strukturen im mm-Bereich auf. Mittlerweile spielen Messungen keine Rolle mehr.

9.1.3 Klassifizierung von Befunden

Um anogenitale Befunde zu kategorisieren, entwickelten verschiedene Autoren Klassifizierungssysteme. Hierdurch sollen anogenitale Befunde in Bezug zu ihrer möglichen Verursachung durch einen sexuellen Missbrauch gesetzt werden.

Adams-Leitlinie

Insbesondere die erstmals 1992 publizierte sog. »Adams-Klassifikation« hatte sich zu einem populären und vielgenutzten Schema für die Beurteilung von klinischen wie auch Laborbefunden entwickelt. Die vorübergehende Einbeziehung von Verhaltensmerkmalen und Aussagen der Kinder in der 2001er Version wurde aus methodischen Gründen wieder verlassen.

Die Klassifikation war initial 5-stufig, dann seit 2001 4-stufig und enthält seit 2005 nur noch drei Befundklassen (Tab. 9.2). Das mehrfach modifizierte Schema wurde von 2002 bis 2005 erstmals in einem langwierigen Konsensusprozess namhafter US-amerikanischer Experten kritisch gesichtet, deutlich überarbeitet und wird seitdem regelmäßig aktualisiert veröffentlicht, zuletzt 2016 (Adams 2016); eine deutsche Übersetzung liegt vor, übersetzt und kommentiert anhand der elektronischen Erstveröffentlichung (Herrmann 2015). Es wird von den Autoren betont, dass das Schema als Interpretationshilfe zur Bewertung erhobener Befunde dienen

Tab. 9.2 Adams-Klassifikation 2016

Klasse	Befund
Adams I	**Befunde bei Neugeborenen und nichtmissbrauchten Kindern** (Normalbefunde und medizinisch anderweitig erklärbare Befunde)
Adams II	**Befunde ohne Expertenkonsensus** der Interpretation bzgl. sexuellem Kontakt oder Trauma (Befunde mit unklarer Signifikanz, verdächtig auf ursächlichen sexuellen Missbrauch)
Adams III	**Durch Trauma und/oder sexuellen Kontakt verursachte Befunde** (Verletzungsbefunde, die die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs bzw. penetrierenden Traumas erlauben)

soll, der Begriff »Klassifikation« wird dabei explizit vermieden. Aufgrund zu erwartender künftiger Studien auf dem Gebiet sind auch für diese Version fortlaufende Revisionen zu erwarten.

In der im ▶ Anhang vorliegenden, leicht modifizierten Übersetzung, wie auch im folgenden Text, wurden die englischen Bezeichnungen in Anführungsstrichen eingefügt, um den Zugang zur entsprechenden Literatur zu erleichtern.

- **American Academy of Pediatrics (AAP)**

Aktuelle Richtlinien für eine Entscheidungsfindung werden auch regelmäßig vom Komitee zu Kindesmisshandlung und Vernachlässigung der American Academy of Pediatrics (AAP) publiziert und aktualisiert, zuletzt 2013.

> **Klassifizierungsschemata bieten Hilfsstrukturen, um Wahrscheinlichkeiten zu beurteilen. Sie dürfen jedoch niemals als starre Anweisungen verstanden werden, wie anogenitale Befunde zu interpretieren sind. Der gegenwärtige Stand des Wissens und seine Einschränkungen müssen stets beachtet und aktualisiert werden, wie dies für alle anderen medizinischen Disziplinen auch gilt.**

9.2 Normale und medizinisch anderweitig erklärbare Befunde (Befunde der Klasse Adams I)

Im ersten Teil der Adams-Klasse I (Adams 2016) werden genitale Normalbefunde, medizinisch erklärbare Befunde und Differenzialdiagnosen erfasst, wie sie bei Neugeborenen und nichtmissbrauchten Kindern vorkommen.

9.2.1 Genitale Normalbefunde (Befunde der Klasse Adams I; Punkte 1–5, 9)

Vestibuläre und periurethrale Bänder (»vestibular and periurethral bands«) Zu den genitalen Normvarianten zählen vestibuläre und periurethrale Bänder. Sie sind in früheren Studien mit posttraumatischen Narbenformationen verwechselt worden und

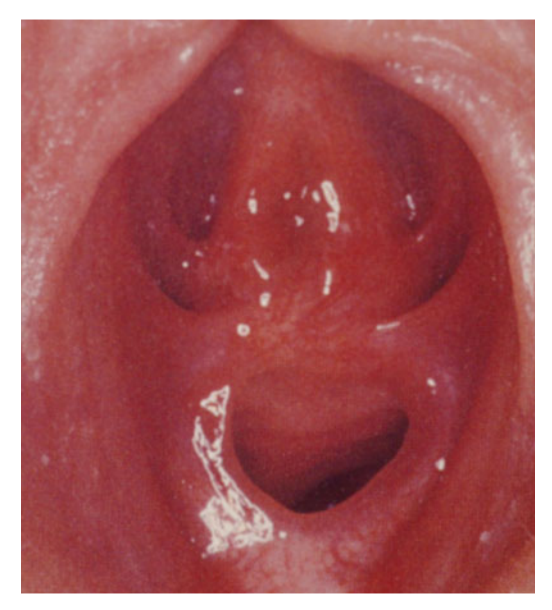


Abb. 9.10 Normvariante: Vestibuläre und periurethrale Bänder

werden zu 50% periurethral und zu über 90% vestibulär bei nichtmissbrauchten Mädchen gefunden (Abb. 9.10).

Längsverlaufende intravaginale Grate (»longitudinal intravaginal ridges«) Im Gegensatz zu den querverlaufenden Rugae werden bei 25 bis 89% nichtmissbrauchter Mädchen längsverlaufende intravaginale Schleimhautfalten gefunden, deren Häufigkeit mit dem Alter zunimmt. Die Diskrepanz reflektiert möglicherweise Alters- oder ethnische Unterschiede zwischen den Studien (Abb. 9.11, Abb. 9.29b, Abb. 9.31).

»Vorsprünge« oder »Projektionen« (»projections«) Es handelt sich dabei um schmalbasige, lokalisierte Erhöhungen des Hymenalsaums (Abb. 9.12). Sie können entstehen, wenn ein intravaginaler Längsgrat an das Hymen heranreicht oder als Überbleibsel eines fetalen, intrauterin gelösten, vertikalen Hymenalseptums (Abb. 9.8) persistiert. Sie können aber auch als isolierter Befund existieren. Sie werden bei 7 bis 34% der Normalpopulation gefunden. Auch diese Varianten sind in der Vergangenheit als Folgen eines Missbrauchstraumas im Sinne von Narbengewebe fehlinterpretiert worden.

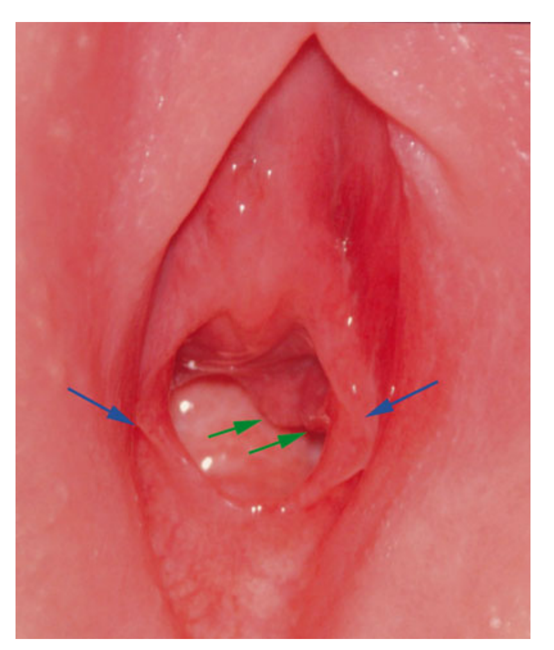


Abb. 9.11 Normvarianten: Längs verlaufende intravaginale Schleimhautfalte *(grüne Pfeile)*, nebenbefundlich Faltung des Hymenalsaums nach außen *(blaue Pfeile)*

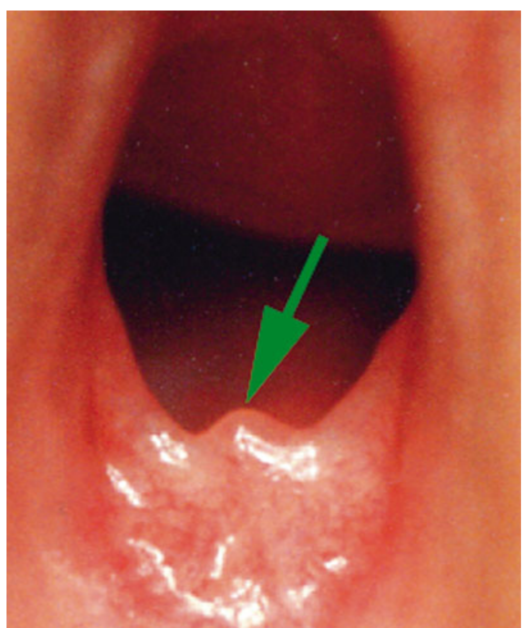


Abb. 9.12 Normvariante: Schmaler Vorsprung oder »Projektion« *(Pfeil)* des Hymenalsaums

»Aufwerfungen«, Erhebungen (»bumps«, »mounds«) Diese sind breitbasige, lokale, höckerartig geschwungene Erhöhungen des Hymenalsaums, die bei 34 bis 69% der Untersuchungen beschrieben werden (Abb. 9.13).

Hymenalanhängsel (»tags«) Längliche, polypartige Überschussbildungen des hymenalen Randsaums werden oft terminologisch falsch als Hymenalpolypen bezeichnet (Abb. 9.14a). Polypen sind definitionsgemäß gutartige Schleimhauttumoren, die in ein präformiertes Lumen hineinwachsen. Diese können der Vaginalschleimhaut entspringen und nach außen prolabieren (Abb. 9.14b). Sie können gelegentlich ulzerieren oder bluten und müssen dann operativ entfernt werden. Hymenalanhängsel dagegen können als Überbleibsel fetaler Septen, Fortsetzungen intravaginaler Schleimhautfalten oder isoliert vorkommen. Bisweilen erreichen sie eine beträchtliche Länge, bilden sich in der Regel jedoch spontan zurück und bedürfen keiner Therapie. Sie werden bei etwa 13% der Neugeborenen gesehen.

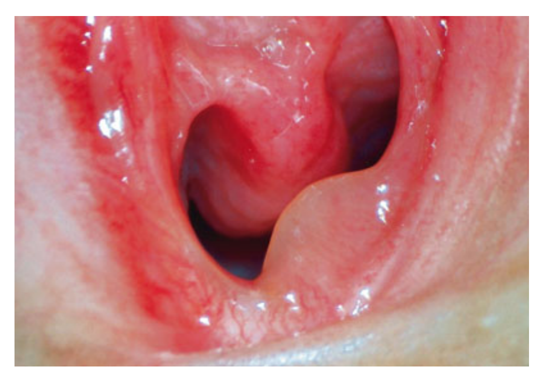


Abb. 9.13 Normvariante: Höckerartige Erhöhung (»Mound«)

Linea vestibularis Eine avaskuläre mediane Fusionslinie in der Fossa navicularis wird Linea vestibularis genannt. Sie wird bei 15 bis 25% der Mädchen gefunden und kann ebenfalls mit Narbengewebe verwechselt werden (Abb. 9.15).

Kerben (»notches«) Unter den Variationen des Hymenalsaums stellt eine Kerbe eine eckige oder V-förmige Kontinuitätsunterbrechung der hyme-

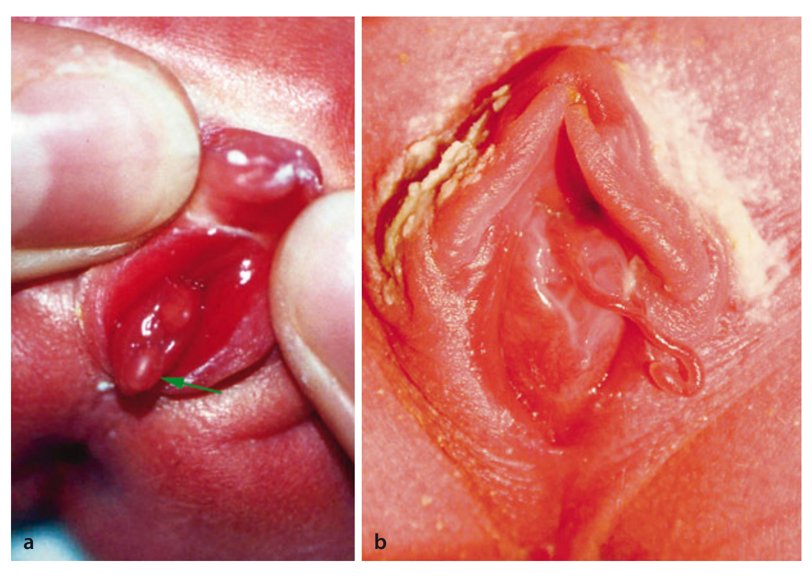


Abb. 9.14a,b Normvariante: Hymenalanhängsel, »Pseudopolyp« (a). Aus dem Scheidenlumen nach außen prolabierender Schleimhautpolyp (**b**)

nalen Membran dar (Abb. 9.16). Sie wird Konkavität (»concavity«) genannt, wenn ihre Erscheinung gebogen oder U-förmig ist (Abb. 9.25).

Superiore oder anteriore Kerben Diese werden oberhalb der 3-bis-9-Uhr-Linie in Rückenlage häufig bei nichtmissbrauchten Kindern gefunden. Die nachlassende Östrogenwirkung bei Säuglingen führt zu einer Involution des bis dahin wulstigen und lockeren Hymenalgewebes. Dies kann im periurethralen Bereich zur Bildung von neuen anterioren Kerben führen, die als Normalbefunde gelten (Abb. 9.4).

Abb. 9.15 Normvariante: Linea vestibularis *(Pfeile)*, avaskuläre mediane Fusionslinie, keine Narbe! Unauffälliges, semilunares Hymen

Oberflächliche posteriore Kerben Oberflächliche, geringgradige Kerben (< 50% der Gesamthymenalhöhe) im unteren, posterioren Bereich werden mittlerweile ebenfalls den Normvarianten zugeordnet. Sie wurden lange Zeit als Folge einer Penetration fehlinterpretiert (Abb. 9.16). Auch wenn dies im Einzelfall möglich ist, kann der Umkehrschluss nicht gezogen werden.

Im Gegensatz zu den anterioren Kerben werden vollständige, posteriore Kerben des Hymens, die sich bis zur vestibulären oder vaginalen Wand erstrecken, nur bei missbrauchten Kindern gefunden. Sie werden dann »Durchtrennungen« (»transections«) genannt. Zwischen 4 und 8 Uhr in Rückenlage wurden bei nichtmissbrauchten Kindern keinerlei vollständige Kerben gefunden. Daher ist dieser Befund nur durch ein penetrierendes Trauma erklärbar.

Externe Grate oder Schleimhautfalten (»external ridges«) Sie zählen zu den weiteren Variationen des Hymens und werden auf seiner äußeren Oberfläche

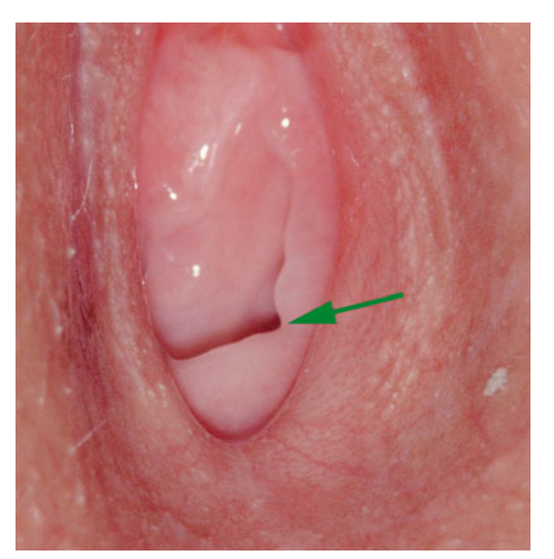


Abb. 9.16 Normvariante: Oberflächliche Kerbe (»superficial notch«). Cave: Dies wurde früher als Trauma interpretiert! Cave: Bei 8 Uhr besteht keine Unterbrechung des Hymenalsaums; der Eindruck entsteht durch asymmetrische Traktion und Überlagerung durch die Labie

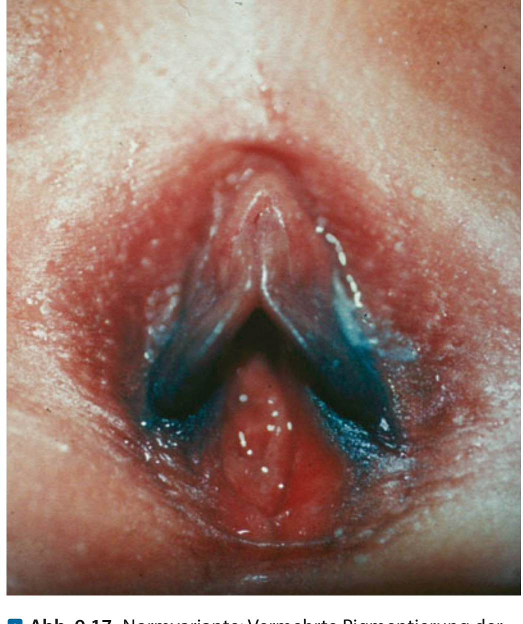


Abb. 9.17 Normvariante: Vermehrte Pigmentierung der Labia minora (Neugeborenes)

gefunden. Sie kommen häufig bei Neugeborenen vor und verlieren sich bei den meisten Mädchen bis zum Alter von drei Jahren. Ihre Kenntnis ist insofern wichtig, als sie zuvor als Narbenformation nach Trauma fehlinterpretiert wurden.

Pigmentierung der Labia minora Bei entsprechender Ethnizität (südeuropäisch, asiatisch, nahöstlich, dunkelhäutig) findet sich gehäuft eine vermehrte Pigmentierung der kleinen Labien, die mit einem Hämatom verwechselt werden kann (Abb. 9.17).

Urethrale Dilatation Eine urethrale Dilatation bei labialer Traktion (etwa 15% der Normalpopulation) ist ebenfalls in der Vergangenheit als Folge eines Missbrauchstraumas fehlinterpretiert worden (Abb. 9.9).

Ein verdickt oder geschwollen wirkendes Hymen ist meist hormonell bedingt, kann aber auch auf einer Fältelung eines lockeren Hymenalsaums beruhen. Abzugrenzen sind hier infektiöse oder traumatische Ursachen, sodass eine Verlaufskontrolle ratsam ist.

Lymphatische Follikel Sie können in der Fossa navicularis gelegen sein und zählen zu weiteren Variationen, die in einer Studie mit einer Häufigkeit von 34% gefunden wurden.

Schmaler posteriorer Randsaum des Hymens Früher als möglicher Hinweis auf Missbrauch fehlinterpretiert (▶ Kap. 10).

9.2.2 Anale Normalbefunde (Befunde der Klasse Adams I; Punkte 6–8, 16–18)

Normale perianale Befunde Eine vermehrte Pigmentierung (30%) sowie perianale Hautanhängsel (10%; »perianal skin tag«, Abb. 9.18) werden bei beiden Geschlechtern gefunden.

Diastasis ani Glatte, keilförmige, in der Mittellinie ober- und unterhalb des Anus gelegene Bezirke werden Diastasis ani genannt. Sie sind etwa bei etwa 25% der Kinder nachweisbar (Abb. 9.19). Sie resultieren aus einer angeborenen Variation bzw. Kreuzungsanomalie von externen Schließmuskelfasern. Auch dieser Befund ist wiederholt als Narbengewebe fehlgedeutet worden. Eine Studie fand



Abb. 9.18 Analanhängsel



Abb. 9.19 Normvariante: Diastasis ani bei 6 Uhr – keine Narbe

subtile, aber signifikante anatomische Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen, die als Folge einer unterschiedlichen Muskelanlage interpretiert wurden (Myhre et al. 2001).

Anale Fissuren Anale Fissuren sind zumeist auf perianale Infektionen, Hautreizungen durch Irritanzien oder eine Obstipation zurückzuführen.

Abgeflachte anale Fältelung Eine abgeflachte anale Fältelung, früher oft als Folge repetitiver mechanischer Reizung bei Missbrauch interpretiert, findet sich bei einer untersuchungsbedingten Relaxation des externen Sphinkters und im Rahmen entzündlicher Schwellungen.

Anale Dilatation Kontrovers diskutiert, jedoch insbesondere in britischen Arbeiten wohl überinterpretiert, ist die Signifikanz einer partiellen oder vollständigen analen (Reflex-) Dilatation (»reflex anal dilation«; RAD). Beträgt sie weniger als 2 cm, kann sie als normaler Reflex, als Folge einer Obstipation oder Enkopresis und bei neuromuskulären Erkrankungen auftreten. Tritt sie im Rahmen einer Sedierung oder Narkose auf, ist sie als Befund ebenso wenig verwertbar wie postmortal.

Perianale venöse Stauungen oder Gefäßerweiterungen (»venous congestion«, »venous pooling«) Diese sind insbesondere in britischen Arbeiten als sog. »tyre sign« einem analen Missbrauch zugeordnet worden, finden sich häufig lagerungsbedingt oder bei einer Obstipation und werden heute nicht mehr als pathologisch gewertet.

Fehlende Fusion der Mittellinie oder perineale Rinne
Eine perineale Rinne oder Furche (»perineal groove«), auch fehlende Fusion der Mittellinie genannt (»failure of midline fusion«), ist eine kongenitale Anomalie, die zwischen der Posterior Fourchette und dem Anus gelegen ist. Sie imponiert als feucht wirkender, mucosartiger Defekt des Perineums und kann bisweilen den Eindruck eines Schleimhautdefektes durch eine Verletzung erwecken (Abb. 9.22, ▶ Kap. 11.6). Sie kann zusammen mit einer Anteposition des Anus auftreten (Abstand Anus – Posterior Fourchette < 10 mm), die wiederum mit einer Analatresie oder -stenose assoziiert sein kann und demnach kinderchirurgisch evaluiert werden sollte.

9.2.3 Weitere medizinisch anders als durch sexuellen Missbrauch erklärbare Befunde (Klasse Adams I; Punkte 10–15)

Neben angeborenen bzw. präexistenten Normvarianten, die der Klasse Adams I zugeordnet werden, sind medizinisch erklärbare und anderweitig krankheitsbedingte Befunde abzuklären. Sie können im Einzelfall differenzialdiagnostisch an einen sexuellen Missbrauch des Kindes denken lassen, bei sorgfältiger Untersuchung und Beurteilung sind sie jedoch nicht missbrauchsbedingt.



Abb. 9.20 Labiale Adhäsionen oder Synechien

Erytheme Häufig werden eine Rötung bzw. Erytheme des Vestibulums, des Hymens oder perianaler Gewebe als auffällige Befunde benannt. Diese sind allerdings auch bei mehr als der Hälfte der nichtmissbrauchten Kinder nachweisbar und beruhen häufig auf einer verstärkten Vaskularisierung der Schleimhaut, insbesondere des präpubertär oft sehr zart und dünn konfigurierten Hymens, im Sinne einer Normvariante. Differenzialdiagnostisch müssen Irritanzien (schleimhautreizende Substanzen, beispielsweise Dusch- oder Badezusätze), Infektionen oder ein Trauma in Betracht gezogen werden. Zur Bewertung ist eine Verlaufskontrolle erforderlich.

Labiale Adhäsionen oder Synechien Labiale Adhäsionen oder Synechien (Abb. 9.20) fanden sich in einer Studie bei knapp 40% der untersuchten nichtmissbrauchten Säuglinge bzw. Kinder. Diese treten gehäuft bei Windelkindern als Folge chronischer oder rezidivierender Hautreizungen, Vulvitiden oder Urineinwirkung auf. Allerdings kann im Einzelfall auch eine rezidivierende mechanische Irritation durch Reiben im Rahmen missbräuchlicher Manipulationen ursächlich sein. Terminologisch etwas unklar werden sie oft als Synechien der kleinen Labien bezeichnet, wobei das Zusammenwachsen tatsächlich die großen Labien betrifft, allenfalls ist die Lokalisation in einer gedachten Fortsetzungslinie der kleinen Labien nach dorsal zu finden.

Vaginaler Ausfluss Hier ist ein breites Spektrum von Differenzialdiagnosen zu berücksichtigen. Erforderlich sind eine kindergynäkologische Abklärung und die Entnahme von Abstrichen für bakteriologisch-mikrobiologische Untersuchungen.

Brüchigkeit (»friability«) der »posterior fourchette« Brüchigkeit oder leichte Verletzlichkeit wird häufig iatrogen durch zu starke Traktion an den großen Labien verursacht. Sie zeigt sich in Form eines oberflächlichen, bisweilen leicht blutenden Hautdefektes an der »posterior fourchette« oder hinteren Kommissur nach Traktion. Sie kann auch idiopathisch, durch Irritanzien oder im Rahmen genitaler Infektionen auftreten. Dieser Befund ist in früheren Publikationen als missbrauchsassoziierter Befund interpretiert worden.

Exkoriationen, Blutungen und vaskuläre Läsionen Diese können auf Ekzemen, einer Seborrhö, einem Lichen sclerosus, einer anogenitalen Streptokokken-A-Infektion, einem Urethralprolaps oder auf Hämangiomen beruhen und bedürfen einer entsprechenden Abklärung.

Mollusca contagiosa Dellwarzen werden durch Schmierinfektion oder Kontaktinfektion übertragen und durch das Mollusca contagiosa Virus (Molluscipoxvirus) hervorgerufen. Sie sind nicht mit sexuellem Kontakt assoziiert.

9.2.4 Differenzialdiagnosen (Klasse Adams I; Punkte 19–27)

Zu den Differenzialdiagnosen, die teilweise im ► Kap. 11 genauer ausgeführt werden, zählen u. a.: Urethralprolaps, Lichen sclerosus, Ulzerationen der Vulva, nicht-sexuell übertragene Infektionen des Anogenitalbereiches, fehlende Fusion der Mittellinie und Rektumprolaps. Neu in die 2016er Adams Leitlinie aufgenommen wurden: die Visualisierung

der Linea dentata (»pectinate line«) am Übergang vom Anoderm zur rektalen Mucosa; die partielle Dilatation des externen analen Sphinkters bei geschlossenem internem Sphinkter, die klinisch als tiefe anale Falten imponiert; eine rot-violette Verfärbung der genitalen Strukturen postmortem durch (histologisch bestätigte) Totenflecke.

9.3 Befunde bei sexuellem Kindesmissbrauch

Die Gründe für die Häufigkeit von Normalbefunden bei sexuell missbrauchten Kindern sind zum Teil bereits an anderer Stelle diskutiert worden. Nach neueren Studien weisen über 90% der Opfer sexuellen Missbrauchs keine diagnostisch eindeutigen Befunde auf. Da die Täter häufig wenig physische Gewalt anwenden, sind viele der entstehenden genitalen Verletzungen oberflächlich und heilen rasch. Die meisten dieser oberflächlichen Abschürfungen sind innerhalb von 2–3 Tagen nach dem Trauma optisch nicht mehr nachweisbar, was sich mit den Charakteristika der Wundheilung oberflächlicher Haut- und Schleimhautverletzungen gut erklären lässt.

9.3.1 Grundlagen, Entstehung und Heilung von Befunden

Oberflächliche Verletzungen, wie kleinere Schleimhauteinrisse, heilen vollständig innerhalb von 5–7 Tagen durch Regeneration und ohne jegliche Narbenbildung. Tiefe, gewebezerstörende Wunden heilen durch Reparatur und können eine Narbe hinterlassen. Diese Narbe ist von deutlich geringerer Ausdehnung als die ursprüngliche Verletzung. Verletzungen im Anogenitalbereich heilen jedoch überwiegend ohne Narbenbildung ab.

Petechien der Schleimhaut sind bis etwa 24 Stunden nachweisbar. Petechien des Hymens wurden in einer Multicenterstudie präpubertär bis 48 Stunden und pubertär bis 72 Stunden beobachtet. Ausgeprägte Hämatome sind meist 10–15 Tage nachweisbar. »Blutblasen« der Schleimhaut wurden bis maximal 34 Tage posttraumatisch nachgewiesen (McCann et al. 2007 a, b).

> **Anogenitale Befunde bei sexuellem Kindesmissbrauch variieren beträchtlich mit der Art, Intensität und Häufigkeit des Missbrauchs, hierbei verwendeten Objekten, dem Grad der angewendeten Gewalt und dem Alter des Kindes.**

In zwei Studien waren die Zeit seit dem letzten traumatischen Ereignis und die Angabe von Schmerzen und/oder vaginaler Blutung beim Missbrauch die beiden einzigen Faktoren, die mit der abschließenden Diagnose eines sexuellen Missbrauchs korrelierten.

9.3.2 Genitalbefunde bei Mädchen

Die Mehrzahl der Studien zum sexuellen Missbrauch von Kindern beschreibt Befunde des weiblichen Genitales. Leichtere Verletzungen werden häufig durch genitale Manipulationen oder Reiben des Penis zwischen den Schamlippen (ohne Penetration des Introitus) verursacht. Dies führt meist zu unspezifischen Befunden wie Erythemen oder oberflächlichen Abschürfungen der inneren Anteile der Labia minora, des periurethralen Bereichs, des Vestibulums oder der Klitoris. Diese Befunde heilen innerhalb weniger Tage ad integrum.

Genese und Lokalisation der Befunde

In Fällen einer Manipulation mit den Fingern werden diese Befunde häufig in der superioren bzw. anterioren Region in Rückenlage (zwischen 9 und 3 Uhr) gefunden. Eine Anamnese von Dysurie ist eine wichtige Angabe, die mit dieser Art des sexuellen Missbrauchs vereinbar ist. Dysurie kann jedoch auch nach einem Koitus auftreten. Eine Penetration der hymenalen Öffnung mit einem kleinen Gegenstand, wie einem Finger, führt aufgrund der elastischen Natur des hymenalen Gewebes oft zu keinen sichtbaren Veränderungen. Zumeist ist eine Dehnung der Hymenalöffnung die Folge, die aufgrund Unkenntnis des Ausgangszustandes jedoch nicht verifiziert werden kann.

Wenn ein Objekt die Vagina mit starker Gewaltanwendung penetriert, sind die Folgen dann offensichtlich, wenn akut oder zeitnah untersucht wird. In seltenen Fällen kann eine Perforation des pos-

terioren Fornix vaginae bis nach intraperitoneal reichen.

Das Ausmaß steigt bei akuten Verletzungen mit abnehmendem Alter des Opfers.

Missbrauchsassoziierte Befunde werden überwiegend im posterioren Bereich, also unterhalb der gedachten Linie von 3–9 Uhr in Rückenlage gefunden. Dieser Bereich umfasst den posterioren, unteren Anteil des Hymens, die Fossa navicularis, die »posterior fourchette«, die hintere Kommissur und die seitlichen Wände der Vagina. Eine umfangreiche Multicenterstudie fand vermehrt Verletzungen auch in der anterioren Region bei konsequenter Anwendung der Knie-Brust-Lage während der Untersuchung (McCann et al. 2007b).

Akute Hymenaleinrisse durch Penetrationsverletzungen

9

Eine penile Penetration kann eine Unterbrechung des hymenalen Randsaums zwischen 3 und 9 Uhr (in Rückenlage) verursachen, wird aber zumeist im Bereich zwischen 5 und 7 Uhr angetroffen. Es kommt zu unvollständigen oder vollständigen Einrissen (»lacerations«) der Hymenalmembran (Abb. 9.23).

Chronische posttraumatische Hymenalsaumunterbrechungen

In der Regel ist der Zustand nach geheilter oder unvollständig geheilter Verletzung zu beurteilen. Es können sich als Folgezustand akuter Hymenaleinrisse fortbestehende Unterbrechungen der Kontinuität des Hymenalsaums bilden. Diese werden im Allgemeinen mit dem Oberbegriff Konkavitäten (Einbuchtungen) bezeichnet, und als Spalten, wenn der Hymenalsaum vollständig unterbrochen ist, also eine Lücke aufweist. Wenngleich die Terminologie diesbezüglich nicht ganz einheitlich benutzt wird und im deutschen Sprachraum noch kaum etabliert ist, ergibt sich die folgende Unterteilung chronischer Hymenalbefunde (Abb. 9.24):

- **V-förmige, »scharfrandige« Kerben** (»notch«), eher frühes Heilungsstadium. Innerhalb von Tagen bis wenigen Wochen verlieren diese Kerben ihre eckige und scharf abgegrenzte Erscheinung und können sich abrunden; dann erscheinen sie als:
- **U-förmige, rundliche Ausbuchtungen**, häufig auch als Konkavitäten bezeichnet (»concavities«) (Abb. 9.25).
- **Parallel verlaufende Spalten** (»cleft«), als vollständige Lücken im Hymenalsaum (Abb. 9.29a, Abb. 9.32b).

Die Konkavitäten bzw. Einbuchtungen des Hymenalsaums werden nochmals nach ihrer Tiefe in Bezug zur Basis des Hymens unterteilt. Die Unterscheidung kann im Einzelfall schwierig sein und ist orientierend und nicht als mathematisch korrekte Festlegung zu verstehen (Abb. 9.26):

- **Oberflächlich** (»superficial«; weniger als 50% der Breite der Hymenalmembran) (Abb. 9.16).
- **Mittelgradig** (»intermediate«; etwa 50% Tiefe) (Abb. 9.25).
- **Tief** (»deep«; mehr als 50%) (Abb. 9.27).
- **Vollständig** (»transection«; komplette Durchtrennung bis zur Basis des Hymens) (Abb. 9.28).
- **Vollständig mit Ausdehnung in die Vaginalwand** (»transection with extension« (Abb. 9.23a).

Höhe des Hymenalsaums

In einigen Fällen entwickelt sich nach einem partiellem Einriss des Hymenalsaums eine bleibende Verschmälerung des posterioren Randsaums (Abb. 9.31). Diese ist wiederum aufgrund des nicht bekannten Ausgangszustands vor der Verletzung nicht quantifizierbar. Die früher bei Unterschreitung als pathologisch geltende Grenze von 1 mm verbleibendem Hymen im posterioren Bereich ist aus methodischen Gründen problematisch und hat keine diagnostische Relevanz mehr.

Weite des Introitus

Die Ränder des Hymens können sowohl posttraumatisch als auch als Normvariante verdickt oder gerollt wirken, und die intravaginalen Strukturen können deutlicher sichtbar werden. Selbst wenn wiederholte Penetrationen zu einer Vergrößerung des Introitus führen können, spielt die gemessene Weite des Introitus für die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs keine Rolle mehr (▶ Kap. 9.1.2).

- **Rötungen und Reizungen**

Wiederholte Irritationen der genitalen Schleimhaut können zu chronischer Entzündung und Reizzuständen wie rezidivierender Vulvovaginitis mit oder ohne persistierenden vaginalen Fluor führen. Diese wurden ebenso wie labiale Adhäsionen (Synechien) in Einzelfällen als erworbener postentzündlicher Zustand bei missbrauchten Mädchen beschrieben. Beide Befunde sind jedoch in den meisten Fällen anderen medizinischen Ursachen zuzuordnen. Sie können mit einer entsprechenden Anamnese an Bedeutung gewinnen. Aufgrund ihrer unspezifischen Natur und ihrer Häufigkeit bei präpubertären Mädchen sollten sie isoliert nicht als Hinweis auf einen sexuellen Missbrauch interpretiert werden.

9.3.3 Genitalbefunde bei Jungen

Verletzungen der Genitalregion durch einen sexuellen Missbrauch werden bei Jungen deutlich seltener berichtet als entsprechende Befunde bei Mädchen (etwa 1% der männlichen Missbrauchsopfer, in älteren Studien 5–7%). Beobachtet werden Fissuren oder oberflächliche Abschürfungen des Penisschaftes und der Glans penis, Risse des Frenulums der Glans penis durch forcierte Masturbaton bzw. Manipulation, Petechien sowie Biss- und Saugmarken.

9.3.4 Anale Befunde

Die Häufigkeit und Bedeutung analer Befunde werden in der Literatur höchst kontrovers diskutiert. In frühen britischen Arbeiten wurde eine hohe Prävalenz von 40–50% pathologischer analer Befunde bei missbrauchten Kindern berichtet. Eine große Anzahl der als pathologisch interpretierten Befunde wurde in späteren amerikanischen Arbeiten auch bei nichtmissbrauchten Kindern gefunden.

Der externe Schließmuskel ist in der Lage, beim Passieren großer Fäkalmengen ohne jegliche Verletzung beträchtlich zu dilatieren. Dies ist eine wesentliche Ursache für die Ungewissheit, mit der bestimmte anale Befunde auf einen sexuellen Missbrauch mit analer Penetration zurückgeführt werden können. Variablen, die die Prävalenz analer Befunde beeinflussen, umfassen die Größe des eingeführten Objekts, das Ausmaß an angewendeter Gewalt, das Alter des Opfers, die Verwendung von Gleitmitteln, die Häufigkeit der Episoden und die Zeit, die seit der letzten Episode vergangen ist. Die Interpretation von Befunden als Folge eines analen sexuellen Missbrauchs bei Jungen und Mädchen ist daher wesentlich umstrittener als die beschriebenen genitalen Befunde bei Mädchen.

- **Akute anale Befunde**

Akute subtile Befunde wie Abschürfungen oder geringfügige Fissuren sind zunächst als unspezifisch anzusehen, können bei glaubhafter Anamnese jedoch deutlich an Signifikanz gewinnen. Ausgedehntere Verletzungen sind weniger problematisch zu interpretieren.

> **Tiefe Schleimhauteinrisse, Ödeme und deutliche Hämatome der analen Schleimhaut (▣ Abb. 9.32) und des perianalen Muskelgewebes sind offensichtliche Auswirkungen analer Penetrationen, sofern keine plausible und überzeugende Anamnese eines Unfallgeschehens angegeben wird. Dies gilt besonders, wenn die Einrisse bis zum externen Analsphinkter reichen, diesen durchtrennen oder zu Perforationen des Rektosigmoids führen. In diesen Fällen kann eine Anoskopie zur Identifizierung von Verletzungen des inneren Analkanals hilfreich sein. Sie ermöglicht auch die Gewinnung forensisch bedeutsamer Spuren, in erster Linie Spermien.**

Fehlen akute Befunde, ist eine Anoskopie nicht indiziert. Anale Schleimhautverletzungen heilen überwiegend ohne Narbenbildung.

- **Chronische anale Befunde**

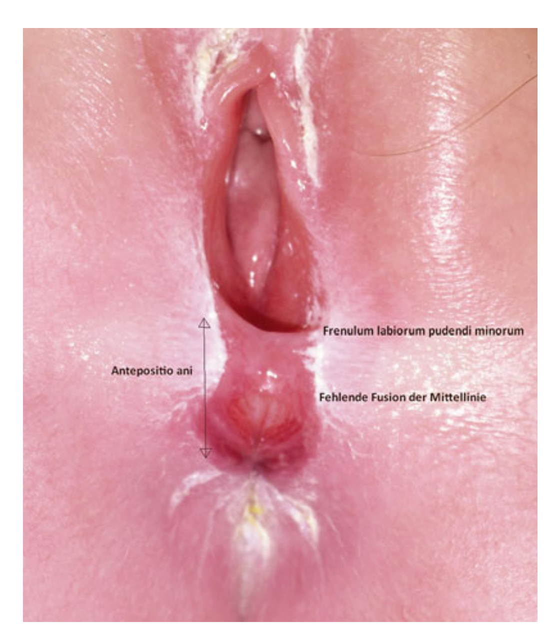
Die Interpretation chronischer analer Befunde ist wesentlich problematischer als die der akuten analen Befunde.

- **Anale Fissuren, abgeflachte anale Fältelung, anale Anhängsel**

Anale Fissuren können sich als Folge einer Obstipation ergeben, werden bei obstipierten Kindern jedoch nicht häufig berichtet. In der aktuellen Klassifikation werden sie dennoch in der Klasse 1 »ande-



■ **Abb. 9.21** Nicht signifikante anale Reflexdilatation von ca. 1,5 cm

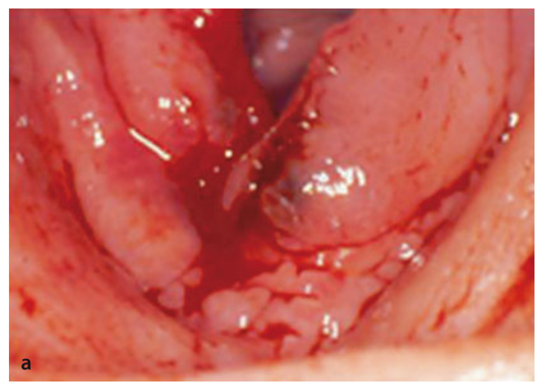


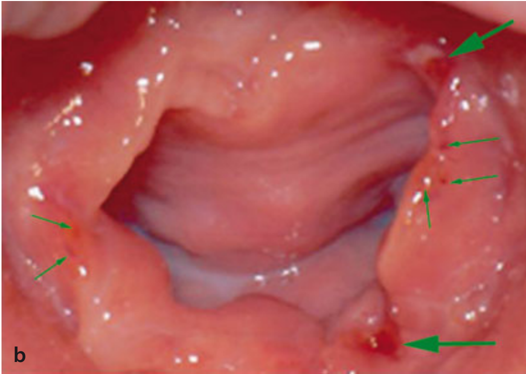
■ **Abb. 9.22** Fehlende Fusion der Mittellinie oder perineale Rinne (»perineal groove«) mit Antepositio ani

ren medizinischen Ursachen« wie Obstipation und entzündlichen Zuständen zugeordnet. Eine abgeflachte anale Fältelung findet sich bei untersuchungsbedingter Relaxation des externen Sphinkters und im Rahmen entzündlicher Schwellungen und ist nicht diagnostisch. Anale Anhängsel werden vorwiegend in der Mittellinie häufig als Normvariante gesehen.

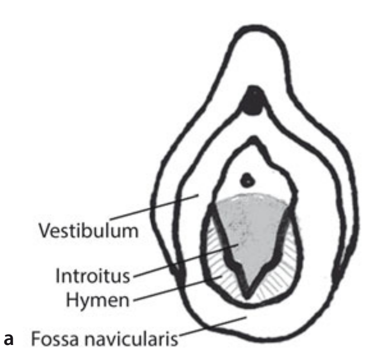
Anale Reflexdilatation

Eine umfangreiche Kontroverse ist um die sog. »anale Reflexdilatation« (»reflex anal dilation«, RAD) entstanden (■ Abb. 9.21). Obwohl britische Autoren in früheren Arbeiten diesem Befund bereits ab 0,5 cm Dilatation eine hohe diagnostische Bedeutung zumaßen, wird der Befund auch in ihren Übersichtsarbeiten mittlerweile relativiert. Besonders die An-





■ **Abb. 9.23a,b** Akute Vergewaltigungen. **a** Frische Penetrationsverletzung bei 6 Uhr (Adams III). **b** Frische Penetrationsverletzung bei 5 Uhr und 2 Uhr (kräftige Pfeile); daneben kleinere petechiale Kontusionen des Hymens (schmale Pfeile). Es ist unklar, ob die Tiefe der Kerbe bei 5 Uhr auf früherer Penetration beruht (Adams III). (Abbildungen freundlicherweise überlassen von Dr. F. Navratil, Zürich)





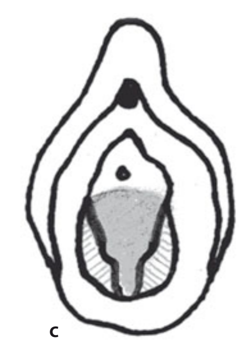


Abb. 9.24a–c Unterschiedliche Konfigurationen von Hymenalsaumunterbrechungen: **a** Kerbe (»notch«), **b** Konkavität (»concavity«), **c** Spalte (»cleft«)

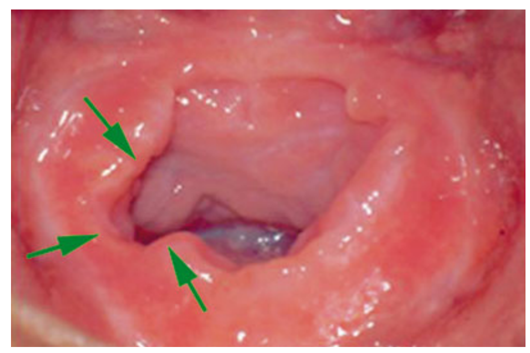


Abb. 9.25 U-förmige, rundliche Ausbuchtungen, häufig als Konkavitäten bezeichnet (Abbildung freundlicherweise überlassen von Dr. F. Navratil, Zürich)

oder Abwesenheit von Stuhl in der rektalen Ampulle wird bei Interpretation der Relevanz der Reflexdilatation kontrovers diskutiert: Während amerikanische Autoren erst eine Dilatation des Anus über 2 cm mit gleichzeitiger Abwesenheit von Stuhl in der Ampulle als hinweisend werten, wird dies von englischen Autoren nicht als erforderliches Kriterium für die Interpretation als missbrauchsbedingter Befund angesehen. Eine neuere norwegische Studie berichtet über eine höhere Rate an analen Dilatationen bei anal missbrauchten Kindern als bislang angenommen, ordnet den Befund jedoch weiterhin als »unbestimmt« ein – s.u. (Myhre et al. 2013).

Der Mangel an systematischen Untersuchungen zu chronischen analen Befunden durch sexuellen Missbrauch lässt bislang keine abschließende Bewertung dieser Befunde zu. Nach unserer Einschätzung werden sie in englischen Studien möglicherweise überschätzt und in der amerikanischen Literatur seltener untersucht und womöglich unterschätzt. Als isoliertes Zeichen wird die Reflexdilatation nicht als diagnostisch wegweisend für einen sexuellen Kindesmissbrauch interpretiert. Eine Dilatation von mehr als 2 cm ohne sichtbaren Stuhl in der Ampulle ist jedoch verdächtig und sollte zu weiterer Eva-

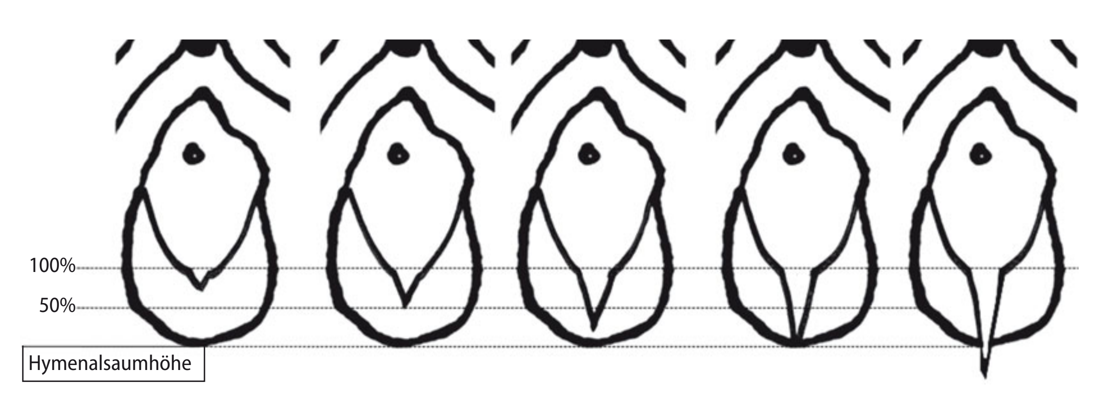


Abb. 9.26 Einteilung der Hymenalsaumunterbrechungen nach ihrer Tiefe



Abb. 9.27 Mehr als 50%ige, tiefe Kerbe des Hymenalsaums *(Pfeile)* (»deep notch«; Adams II)

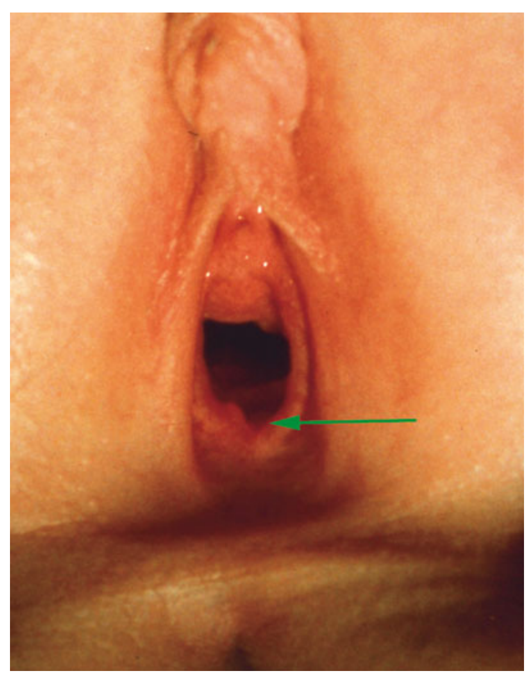
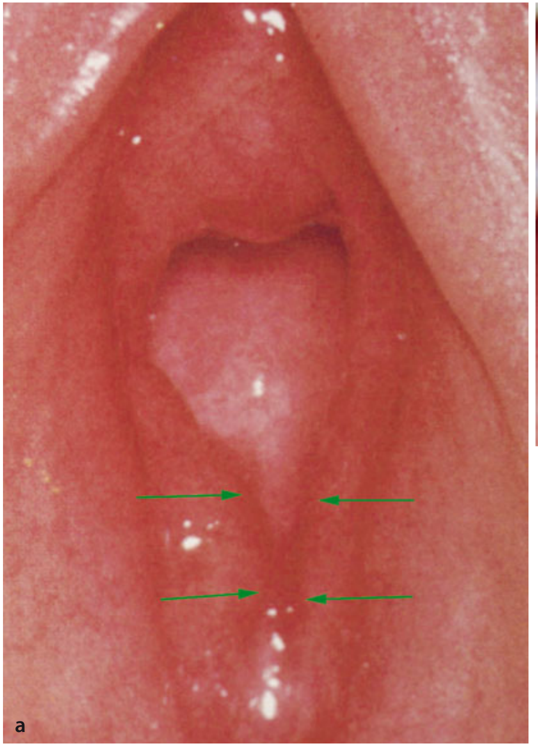


Abb. 9.28 Vollständige Kerbe bis zur Basis des Hymens *(Pfeile)* (»transection«; Adams III)



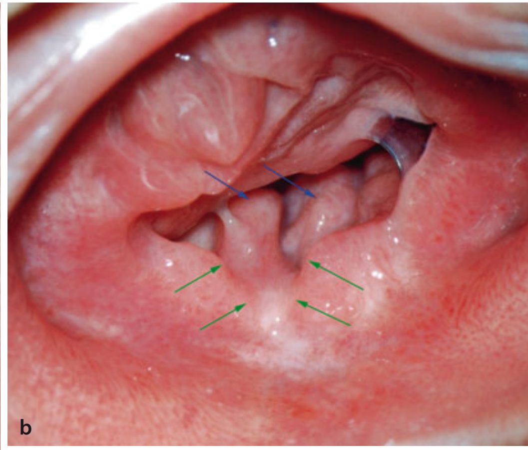


Abb. 9.29a,b Vollständige Unterbrechung des Hymenalsaums. **a** Spalte *(grüne Pfeile)* (»complete cleft«; Adams III). **b** Spalte *(grüne Pfeile)* (»complete cleft«; Adams III). Nebenbefundlich intravaginale Längsgrate *(blaue Pfeile)*. (Abb. **b** freundlicherweise überlassen von Dr. F. Navratil, Zürich)

luierung der Situation des Kindes Anlass geben. In Narkose oder Sedierung ist ein derartiger Befund grundsätzlich nicht verwertbar.

9.3.5 Studienlage und Evidenz anogenitaler Befunde nach sexuellem Missbrauch

Verschiedene teils retrospektive, teils prospektive Untersuchungen und multizentrische Studien zu genitalen Auffälligkeiten nach sexuellem Kindesmissbrauch ergeben ein differenzierteres Bild hinsichtlich der Aussagekraft von Befunden (▶ Übersicht).

Studienlage zu genitalen Auffälligkeiten nach sexuellem Kindesmissbrauch (Auswahl)

- **Berenson et al. (2000):** 192 sexuell missbrauchte, aber meist mit großem zeitlichem Abstand zum Trauma untersuchte 3- bis 8-jährige Mädchen. Im Vergleich zu einer sorgfältig ausgesuchten Kontrollgruppe (n = 200) fanden sich nur geringe Unterschiede bei den anogenitalen Befunden. Somatische Hinweise auf sexuellen Kindesmissbrauch bestanden in 5%, und definitive Diagnosen wurden in 2,5% gestellt. Bei Letzteren bestanden tiefe oder vollständige Kerben des Hymens im posterioren Bereich, Perforationen, akute Einrisse der Vulva und Ekchymosen. Vaginaler Ausfluss und labiale Synechien kamen häufiger nach sexuellem Missbrauch vor, wurden aber auch in der Kontrollgruppe beobachtet. Oberflächliche Kerben des Hymens fanden sich in beiden Gruppen.
- **Ingram et al. (2001):** 1975 Mädchen im Alter von 3–12 Jahren mit Verdacht auf sexuellen Missbrauch. Der transverse hymenale Durchmesser (Introitus) korreliert nicht mit der abschließenden Diagnose eines sexuellen Kindesmissbrauchs.
- **Berenson et al. (2002):** 189 Mädchen mit sexueller Missbrauchsanamnese im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Dabei war der transverse hymenale Durchmesser in der Missbrauchsgruppe signifikant größer als in der Kontrollgruppe, es bestand jedoch eine erhebliche Überlappung. Ein posteriorer Randsaum unter 1 mm wurde nur bei missbrauchten Mädchen gefunden, jedoch insgesamt selten (1–2%). Aus methodischen Gründen und bezüglich der Genauigkeit der Messungen wurde der Befund als problematisch eingestuft. Er habe zwar eine hohe Spezifität, aber sehr geringe Sensitivität und sei daher nicht als zuverlässiger Indikator zu werten.
- **Heger et al. (2002):** Prospektive Studie; 2384 unter Verdacht auf sexuellen Missbrauch vorgestellte Kinder wiesen nur in 4% diagnostische Befunde im Sinne eines sexuellen Missbrauchs auf. Bei der Subgruppe der aus medizinischen Gründen vorgestellten Kinder waren es hingegen 8%.
- **Heppenstall-Heger et al. (2003):** Prospektiv über 10 Jahre; 94 (81 weiblich, 13 männlich) akute Vorstellungen nach sexuellem Missbrauch. Dabei wurden 37 Hymenalverletzungen registriert. 15 komplette Einrisse des Hymens persistierten auch in den Kontrolluntersuchungen. Partielle Einrisse, Hämatome, Abschürfungen heilten ad integrum. Anale Verletzungen heilten in 29 von 31 Fällen vollständig, nur in 2 Fällen kam es zu Narbenbildung.
- **Kellogg et al. (2004):** Nur 2 von 36 schwangeren Teenagern wiesen definitive Zeichen einer Penetrationsverletzung auf.
- **Kelly et al. (2006):** Retrospektiv über 6 Jahre; bei 2134 Vorstellungen unter dem Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch fanden sich 69% Normalbefunde, 21% unspezifische, 5% verdächtige und in 5% diagnostische Befunde.
- **McCann et al. (2007a, b):** Bislang größte Multicenterstudie mit 239 Verläufen akuter anogenitaler Verletzungen. Ziel war, charakteristische Zeichen von Missbrauchsverletzungen und zeitliche Kennzeichen der Heilung anogenitaler Verletzungen zu iden-

tifizieren. Die Studiengruppe bestand aus 113 präpubertären Kindern (21 Unfälle, 73 Missbrauchsfälle, 19 unbekannter Ätiologie) und 126 adoleszenten Mädchen (alle sexuell missbraucht). Außer bei tiefen Hymenaleinrissen heilten alle Verletzungen ad integrum: Abrasionen und kleinere Hämatome in 3–4 Tagen, Petechien der Schleimhaut innerhalb von 24 Stunden, Petechien des Hymens in 48 Stunden präpubertär und 72 Stunden pubertär, deutliche Hämatome in 11–15 Tagen. Blutblasen waren bis 34 Tage nachweisbar. Viele Hymenaleinrisse (oberflächliche und tiefe) heilten folgenlos aus (präpubertär 15/18, pubertär 30/34), und es wurde nachfolgend ein glatter Hymenalsaum ohne Kontinuitätsunterbrechung gesehen. In keinem Fall hymenaler Einrisse und nur selten bei sonstigen Verletzungen wurde eine Narbenbildung beobachtet. Die Studie bestätigt bisherige Beobachtungen zu Heilungsverläufen.

- **Myhre et al. (2013):** Retrospektive Studie zur Frage der Korrelation analer Befunde und der Angabe analer Penetration. Bei 1115 Mädchen und Jungen wurde anamnestisch eine anale Penetration in 198 Fällen (17,8%) als wahrscheinlich angesehen. Diesbezügliche Kriterien waren detaillierte und konstante Beschreibung der Penetration in einem forensischem Interview, Tätergeständnis, foto- oder videodokumentiertes Geschehen, bezeugte Tat, analer Nachweis von Sperma, Chlamydien oder Gonokokken. Stuhlschmieren, anale Rissverletzungen und totale anale Dilatation waren signifikant häufiger als in der Gruppe vermutlich nicht anal missbrauchter Kinder. Aufgrund von Limitierung ihrer Studie und methodischen Gründen wird empfohlen, die anale Dilatation dennoch weiter als unbestimmten Befund anzusehen.

9

Wissenschaftlich-methodische Probleme der Evidenz

Der fehlende Goldstandard stellt ein grundsätzliches Problem hinsichtlich der Evidenz im medizinischen Kinderschutz dar. Angaben über einen erlebten Missbrauch sind psychologisch im Sinne ihrer Plausibilität und Glaubwürdigkeit bedingt einschätzbar, aber faktisch nicht überprüfbar. In vielen Fällen erfolgt die Diagnose daher aufgrund der Angaben von Betroffenen, aufgrund vorgegebener Kriterien bzw. aufgrund der Einschätzung eines multiprofessionellen Kinderschutzteams. Hierbei ergibt sich u. a. die Gefahr von Zirkelschlüssen: Aufgrund aktuell akzeptierter Kriterien wird eine Diagnose gestellt, diese führt zu einer gerichtlichen Verurteilung, die wiederum als Kriterium für die Gültigkeit der Diagnose und der angewandten diagnostischen Kriterien gewertet wird (Adams et al. 1994). Ein weiteres bereits in der Einleitung skizziertes methodisches Problem besteht darin, das subjektive Empfinden der Opfer mit dem tatsächlichen Ablauf und somit die Befunde mit der Anamnese zu korrelieren. Es gibt keine Untersuchungen, ab welchem Alter Kinder entwicklungsbedingt in der Lage sind, z. B. »dran« von »drinnen« zu unterscheiden (► Kap. 7.3).

Aufgrund der ethischen Unmöglichkeit, randomisierte Studien durchzuführen, liegt zur Bewertung medizinischer Befunde bei V. a. sexuellen Missbrauch vordergründig nur »minderwertige« Evidenz in Form von Fallkontrollstudien, Kohortenstudien und Kasuistiken vor. Es können somit kaum klassische, »hochwertige« Evidenzkriterien angelegt werden. Es ist jedoch ein Missverständnis, evidenzbasierte Medizin auf randomisierte, kontrollierte Studien (die bei forensischen Fragestellungen häufig unmöglich sind) zu reduzieren. Bei differenzierter Betrachtung bedeutet EBM den bewussten, ausdrücklichen und wohlüberlegten Gebrauch der jeweils besten verfügbaren Informationen für Entscheidungen in der Versorgung eines individuellen Patienten. Unter Berücksichtigung der o. g. Einschränkungen ist sie somit auch für die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs möglich. Hierzu liegen eine Reihe von Publikationen vor, die neben grundsätzlichen Überlegungen auch die derzeitige Datenlage kritisch betrachten (Berkoff et al. 2008, Pillai 2008, Shapiro et al. 2011).



Abb. 9.30 Unregelmäßige petechiale Hämatome am Hals, anamnestisch durch Saugen

9.3.6 Extragenitale Zeichen von sexuellem Missbrauch

Extragenitale Hinweise werden bei sexuellem Kindesmissbrauch insgesamt selten gefunden. Sie werden dann eher im Kontext einer akuten Vergewaltigung beobachtet. Dazu zählen Hämatome sowie Biss- und Saugmarken (Abb. 4.11 und Abb. 9.30) an den sog. erogenen Zonen, besonders den Oberschenkelinnenseiten, den Brüsten, am Hals und am Gesäß.

Weiterhin kann es zu Befunden am Hals im Zusammenhang mit komprimierender Gewalt kommen: Abschürfungen, Hämatome, Fingernägelabdrücke, Drosselmarken. Diese können zu Petechien an den Augenlidern, den Konjunktiven, der Schleimhaut des Mundvorhofs und der Haut hinter den Ohren führen (Prädilektionsstellen von Petechien). Auch Verletzungsbefunde durch gewaltsames Festhalten an den Extremitäten oder der Flankenregion bei gewaltsamem Analverkehr kommen vor. Durch gewaltsame orale Penetration kann es zu Petechien des weichen Gaumens oder Verletzungen des labialen Frenulums kommen. Wurde während der Tat die Mund/Nase-Region zugehalten, so können kleinere Hämatome an den Lippen vorhanden sind, auch kleinere Oberhautablösungen und kleine Einrisse in den Mundwinkeln. Selten sind schlagbedingte Verletzungen der Gesichtshaut anzutreffen und Unterblutungen der Schleimhaut des Mundvorhofes bis hin zu sog. Zahnabdruckkonturen.

9.3.7 Befunde unklarer Signifikanz, verdächtig auf sexuellen Kindesmissbrauch (Klasse Adams II)

Diese körperlichen und Laborbefunde – »Findings with no expert consensus on interpretation with respect to sexual contact or trauma« – untermauern eine klare Aussage eines Kindes; in Abwesenheit einer solchen Aussage sind sie mit Vorsicht zu bewerten (»Verdächtige Befunde«). Körperliche Befunde (Nr. 28 und 29) sollten durch zusätzliche Untersuchungspositionen oder Techniken bestätigt werden. Zusätzliche Informationen wie die mütterliche gynäkologische Anamnese oder die Anamnese des Kindes über orale Läsionen können die Wahrscheinlichkeit einer sexuellen Übertragung bei Kondylomen oder Herpes klären helfen. Fotografien oder Videoaufnahmen dieser Befunde sollten durch einen in der Beurteilung sexueller Missbrauchsbefunde erfahrenen Experten evaluiert und bestätigt werden, um eine akkurate Diagnosestellung zu gewährleisten.

Insbesondere bei den Kerben oder Spalten des Hymenalsaums hat sich eine Änderung der Bewertung im Vergleich zu früheren Klassifikationen und Studien ergeben. Selbst tiefere Kerben werden nicht mehr automatisch auf ein penetrierendes Trauma zurückgeführt, auch wenn sie nach wie vor stark verdächtig sind.

Tiefe Kerben oder Spalten des posterioren Randsaumes des Hymens (»deep notches or clefts«): Zu den Klasse-II-Befunden nach Adams zählen tiefe, aber nicht vollständige Kerben des posterioren Randsaums des Hymens, die sich fast bis zur Basis des Hymens erstrecken, im Gegensatz zu den vollständigen Einschnitten oder Durchtrennungen bis zur Basis (»transections«). Letztere gelten als diagnostische Befunde (Adams-Klasse III). Eine Fallkontrollstudie fand Kerben von mehr als 50% der Breite bzw. Höhe des posterioren Hymenalsaums nur bei Mädchen, die digitale oder penil-digitale Penetration berichteten; allerdings betraf das nur 2/192 Mädchen zwischen 3 und 8 Jahre mit entsprechenden Angaben (Berenson et al. 2000). Die Unterscheidung zwischen oberflächlichen Kerben, die weniger als 50% des posterioren Hymenalsaums (Abb. 9.16)



Abb. 9.31 Schmaler Hymenalsaum, genauer Unterrand schwer bestimmbar (Adams II)

betreffen, und tiefen Kerben, die mehr als 50% des posterioren Hymenalsaums betreffen (Abb. 9.25, Abb. 9.26, Abb. 9.27), kann schwierig sein. Dieser Befund stützt allerdings die klare Aussage eines Kindes oder Jugendlichen, eine Penetration erlitten zu haben.

Vollständige Dilatation des Anus (»complete anal dilatation«) mit Relaxation sowohl des internen wie auch des externen analen Sphinkters, in Abwesenheit anderer prädisponierender Faktoren wie chronischer Obstipation, Enkopresis, Sedierung, Narkose und neuromuskulärer Erkrankungen (Abb. 9.31).

Anogenitale Kondylome ohne weitere Hinweise auf Missbrauch. Kondylome, die erstmals bei einem über 5-jährigen Kind auftreten, sind möglicherweise verdächtiger auf eine sexuelle Übertragung (▶ Kap. 10).

Anogenitaler Herpes Typ 1 oder 2 durch Kultur oder PCR bestätigt, ohne weitere Hinweise auf Missbrauch.

Der glatte, nicht unterbrochene Hymenalsaum mit weniger als 1 mm Breite (Höhe) zwischen 4 und 8 Uhr wurde aus methodischen Gründen aus der aktuellen Klassifikation entfernt.

9.3.8 Diagnostische Befunde bei sexuellem Missbrauch (Klasse Adams III; Punkte 32–50)

Die folgenden Befunde der Adams-III-Klassifikation – »findings caused by trauma and/or sexual contact« – untermauern die Anamnese eines sexuellen Missbrauchs des Kindes (»support a disclosure of sexual abuse«) und sind auch dann in höchstem Maße darauf hinweisend (»highly suggestive«), wenn entsprechende anamnestische Angaben fehlen. Ausnahme ist eine klare, zeitnah zu dem Ereignis erfolgte, plausible Beschreibung eines akzidentellen Verletzungsmechanismus durch das Kind, die Eltern oder Bezugspersonen. Die Diagnose einer sexuell übertragenen Infektion muss durch zusätzliche Testverfahren bestätigt werden, um falsch positive Befunde zu vermeiden.

> **Es wird empfohlen, dass eine diagnostisch verwertbare, qualitativ gute Fotodokumentation der Untersuchungsbefunde erfolgt. Diese Dokumentation sollte zusätzlich von einem auf dem Gebiet erfahrenen Experten beurteilt werden, bevor eine endgültige Wertung als akutes oder geheiltes (Missbrauchs-) trauma erfolgt. Eine Kontrolluntersuchung der Verletzungsbefunde im Verlauf ist anzuraten.**

■ Akutes Trauma des externen Anogenitalbereiches, welches akzidentell oder durch Missbrauch verursacht sein kann (Klasse Adams III; Punkte 32–33)

Akute Schleimhauteinrisse oder ausgeprägte Hämatome (»acute lacerations«/»extensive bruising«) Akute Einrisse oder ausgeprägte Hämatome der Labien, des Penis, des Skrotums, perianaler Gewebe oder des Perineums sind Folge eines akuten gewaltsamen Übergriffs. Differenzialdiagnostisch kommen jedoch auch unbeobachtete akzidentelle Verletzungen oder eine körperliche Misshandlung in Betracht (Abb. 9.32a).

Akute Einrisse der »posterior fourchette« Akute Einrisse der »posterior fourchette«, auch ohne Hymenbeteiligung, sind Folge einer akuten Gewalteinwirkung auf diesen Bereich, in der Regel durch



Abb. 9.32a,b Akute anale Penetrationsverletzung (**a**) mit ausgeprägter Kontusion, Hämatomen und Schleimhauteinriss bei 6 Uhr (Adams III). **b** Zusätzlich zur akuten Verletzung ist eine ältere komplette Unterbrechung (Spalte) des Hymenalsaums bei 6 Uhr (Adams III) dargestellt – es handelte sich um zwei verschiedene Ereignisse

sexuelle Übergriffe. Differenzialdiagnostisch müssen aber durchtrennte labiale Adhäsionen, fehlende Fusion der Mittellinie, entzündlich bedingte »Brüchigkeit«, zu starke iatrogene Traktion, ein akzidentelles Trauma oder auch ein einvernehmlicher Geschlechtsverkehr bei Jugendlichen ausgeschlossen werden.

Residuen geheilten/heilenden Traumas (Klasse Adams III; Punkte 34–35)

Perianale Narben Perianale Narben werden eher selten gefunden, sind jedoch mit der Angabe einer analen Penetration vereinbar. Andere medizinische Ursachen wie ein Morbus Crohn, akzidentelle Verletzungen oder frühere medizinische Eingriffe müssen geprüft werden.

Narben der »posterior fourchette« oder der Fossa navicularis Narben der »posterior fourchette« oder der Fossa navicularis sind selten. Wenn sie nicht einer Linea vestibularis oder labialen Adhäsionen entsprechen, sind sie ebenfalls diagnostische Befunde im Sinne einer Zuordnung zur Klasse Adams III.

Verletzungen, die auf ein akutes oder geheiltes Trauma genitaler oder analer Gewebe hinweisen (Klasse Adams III; Punkte 36–41)

Hämatome, Petechien oder Abschürfungen am Hymen Diese gelten als akute Folgen sexuell bedingten Traumas, die zu einer sichtbaren Verletzung, nicht aber zur Penetration des Hymens führen.

Penetrationsverletzungen Verletzungen, die charakteristisch sind für ein penetrierendes Trauma, umfassen partielle oder vollständige akute Einrisse des Hymens (Abb. 9.23, Abb. 9.33) oder der Vagina. Perianale Einrisse mit freiliegendem Gewebe (Analbefunde ► Kap. 9.3.3; Abb. 9.32a) sind ebenfalls Folge einer Penetrationsverletzung. Eine fehlende Fusion der Mittellinie kann eine Verletzung der analen Schleimhaut vortäuschen (Abb. 9.22).

Vollständige Kerben oder Spalten bis zur Basis Diagnostisch für eine penetrierende Verletzung sind vollständige Kerben oder Spalten bis zur Basis des Hymens, die zwischen 4 und 8 Uhr gelegen sind. Sie werden als Residuen einer geheilten Durchtrennung des Hymens (»hymenal transection«, »com-

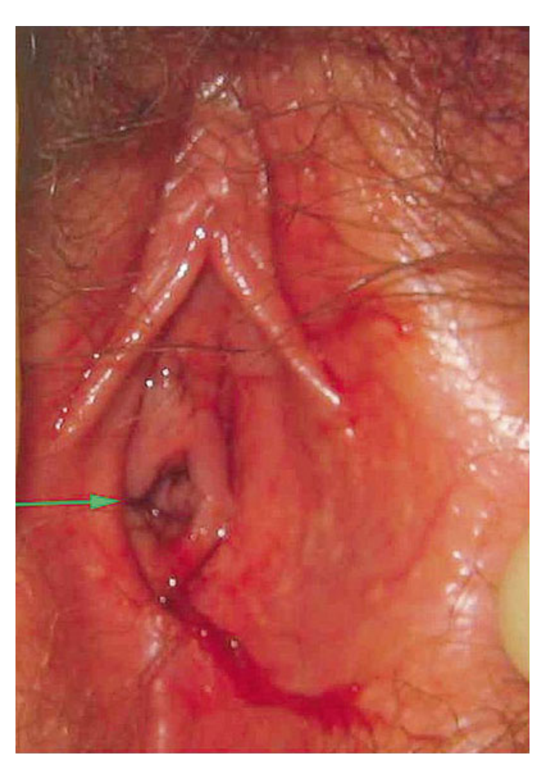


Abb. 9.33 Vollständige Unterbrechung bzw. Kerbe bei 9 Uhr bei adoleszentem Mädchen (Pfeil); nebenbefundlich Menstruationsblutung; (Adams III)

plete cleft«) interpretiert (Abb. 9.28). Sie repräsentieren einen bis zur oder nahe der Basis eingerissenen Bezirk, der den Eindruck eines dort fehlenden Hymens vermittelt. Bestätigt werden sollte der Befund durch zusätzliche Untersuchungstechniken, in erster Linie in der Knie-Brust-Lage oder Wasser- bzw. Kochsalzspülung des Hymens. Nur bei Jugendlichen zulässig ist das Umfahren des Hymens mit einem angefeuchteten Stieltupfer oder ausnahmsweise der Einsatz der Blasenkatherballonmethode.

Fehlendes Segment des Hymens Ein fehlendes Segment des Hymens, also ein Bezirk des posterioren Hymenalsaums mit fehlendem Gewebe bis zur Basis, vom Charakter breiter als die vollständige Kerbe oder Spalte, muss durch zusätzliche Untersuchungstechniken bestätigt werden (Abb. 9.29 und Abb. 9.32b). Der Befund ist nur durch eine zurückliegende Penetrationsverletzung erklärbar.

Durch sexuellen Kontakt übertragene Infektionen (Klasse Adams III; Punkte 42–45)

Diese werden im ► Kap. 10 näher erläutert.

Diagnostisch für sexuellen Kontakt (Klasse Adams III; Punkte 49–50)

Diagnostisch für einen sexuellen Kontakt ist der Nachweis einer Schwangerschaft oder von Spermien oder Sperma direkt vom Körper eines Kindes.

Es bleibt trotz der beschriebenen differenzierten Diagnostik und Bewertung festzuhalten, dass in den meisten Fällen die Diagnose eines sexuellen Kindesmissbrauchs nicht auf anogenitalen Befunden beruht, sondern auf der einfühlsam und fachkundig erhobenen Aussage des Kindes.

Literatur

Adams JA, Harper K, Knudson S, Revilla J (1994) Examination findings in legally confirmed child sexual abuse: It's normal to be normal. Pediatrics 94: 310–317

Adams JA, Botash AS, Kellogg N (2004) Differences in hymenal morphology between adolescent girls with and without a history of consensual sexual intercourse. Arch Pediatr Adolesc Med 158: 280–285

Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, Levitt CJ, Shapiro RA, Moles RL, Starling SP (2016) Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc Gynecol 29: 81–87. www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext

American Professional Society on the Abuse of Children (1995) Terminology Subcommittee of the American Professional Society on Abuse of Children. Taskforce on Medical Evaluation of Suspected Sexual Abuse (APSAC). Practice guidelines: Descriptive terminology in child sexual abuse evaluation. S 1–8

American Academy of Pediatrics, Jenny C, Crawford-Jakubiak JE and the Committee on Child Abuse and Neglect (2013) The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected. AAP Clinical Report on the Evaluation of Sexual Abuse in Children. Pediatrics 132:e558–e567. http://pediatrics.aappublications.org/content/132/2/e558

American Academy of Pediatrics, Kaufman M and the Committee on Adolescence (2008) Care of the adolescent sexual assault victim. Pediatrics 122: 462–470

Berenson AB (1993) Appearance of hymen at birth and one year of age: a longitudinal study. Pediatrics 91: 821–825

Berenson AB (1995) A longitudinal study of hymenal morphology in the first 3 years of life. Pediatrics 95: 490–496

Berenson AB (1998) Normal anogenital anatomy. Child Abuse & Negl 22: 589–596

Berenson AB, Heger A, Andrews S (1991) Appearance of hymen in newborns. Pediatrics 87: 458–465

Berenson AB, Heger A, Hayes JM, Bailey RK, Emans SJ (1992) Appearance of hymen in prepubertal girls. Pediatrics 92: 387–394

Berenson AB, Somma-Garcia A, Barnett S (1993) Perianal findings in infants 18 months of age or younger. Pediatrics 91: 838–840

Berenson A, Chacko M, Wiemann C et al. (2000) A case-control study of anatomic changes resulting from sexual abuse. Am J Obstet Gynecol 182: 820–824

Berenson AB, Chacko MR, Wiemann CM, Mishaw CO, Friedrich WN, Grady JJ (2002) Use of hymenal measurements in the diagnosis of previous penetration. Pediatrics 109: 228–235

Berkoff MC, Zolotor AJ, Makoroff KL, Thackeray JD, Shapiro RA, Runyan DK (2008) Has this prepubertal girl been sexually abused? JAMA 300: 2779–2792

Biggs M, Stermac LE, Divinsky M (1998) Genital injuries following sexual assault of women with and without prior sexual intercourse experience. CMAJ 159: 33–37

Berkowitz CD (2011) Healing of genital injuries. J Child Sex Abuse 20: 537-47

Botash AS, Jean-Louis F (2001) Imperforate hymen: congenital or acquired from sexual abuse? Pediatrics 108: e53. www.pediatrics.org/cgi/content/abstract/108/3/e53

DeLago C, Deblinger E, Schroeder C, Finkel MA (2008) Girls who disclose sexual abuse: urogenital symptoms and signs after genital contact. Pediatrics 122: e281–e286. pediatrics.aappublications.org/cgi/reprint/122/2/e281

DeLago C, Finkel MA, Clarke C, Deblinger E (2012) Urogenital symptoms after sexual abuse vs irritant contact in premenarchal girls. J Pediatr Adolesc Gynecol 25: 334–339

DuMont J, White D (2007) Uses and impacts of medico-legal evidence in sexual assault cases: A global review. Geneva: World Health Organization (WHO)

Eg MB, Hansen LA, Sabroe S, Charles AV (2015) Hymenal lesions and legal outcome in sexually abused girls with a history of vaginal penetration. Forensic Sci Int 252: 163–167

Ernst AA, Green E, Ferguson MT, Weiss SJ, Green WM (2000) The utility of anoscopy and colposcopy in the evaluation of male sexual assault victims. Ann Emerg Med 36: 432–437

Friedrich WN, Fisher JL, Dittner CA et al. (2001) Child sexual behavior inventory: Normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. Child Maltreatment 6: 37–49

Heger A, Ticson L, Velasquez O, Bernier R (2002) Children referred for possible sexual abuse: Medical findings in 2384 children. Child Abuse Negl 26: 645–659

Heppenstall-Heger A, McConnell G, Ticson L et al. (2003) Healing patterns in anogenital injuries: A longitudinal study of injuries associated with sexual abuse, accidental injuries or genital surgery in the preadolescent child. Pediatrics 112: 829–837

Herrmann B, Navratil F, Neises M (2002) Sexueller Missbrauch an Kindern. Bedeutung und Stellenwert der medizinischen Diagnostik. Monatsschr Kinderheilkd 150: 1344–1356

Herrmann B, Banaschak S, Csorba R, Navratil F, Dettmeyer R (2014) Medizinische Diagnostik bei sexuellem Kindesmissbrauch: Konzepte, aktuelle Datenlage und Evidenz. Dtsch Arztebl Int 111: 692-703

Herrmann B (2015) Übersetztes und kommentiertes Update des »Adam’s Schema« 2015. Leitfaden zur Interpretation medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch. Info KiM (Newsletter der AG Kinderschutz in der Medizin) 5: 5–12

Hilden M, Schei B, Sidenius K (2005) Genitoanal injury in adult female victims of sexual assault. For Sci Int 154: 200–205

Ingram DM, Everett VD, Ingram DL (2001) The relationship between the transverse hymenal orifice diameter by the separation technique and other possible markers of sexual abuse. Child Abuse & Negl 25: 1109–1120

Isa M, Mathes H, Dettmeyer R (2016) Akute anale Penetrationsverletzungen bei Kleinkindern – vier Kasuistiken zur Morphologie, Begutachtung und Differentialdiagnose. Rechtsmedizin 26: im Druck

Kellogg ND, Menard SW, Santos A (2004) Genital anatomy in pregnant adolescents: »Normal« does not mean »Nothing happened.« Pediatrics 113: e67–69. http://pediatrics.aappublications.org/content/113/1/e67.full

Kelly P, Koh J, Thompson JM (2006) Diagnostic findings in alleged sexual abuse: Symptoms have no predictive value. J Pediatr Child Health 42: 12–117

Kerns D, Ritter M (1992) Medical findings in child sexual abuse cases with perpetrator confessions. Am J Dis Child 146: 494

McCann J (1998) The appearance of acute, healing, and healed anogenital trauma. Child Abuse & Negl 22: 605–616

McCann J, Wells R, Simon M, Voris J (1989) Perianal findings in prepubertal children selected for nonabuse: a descriptive study. Child Abuse & Negl 13: 179–193

McCann J, Wells R, Simon M, Voris J (1990) Genital findings in prepubertal girls selected for nonabuse: a descriptive study. Pediatrics 86: 428–439

McCann J, Voris J, Simon M (1992) Genital injuries resulting from sexual abuse: a longitudinal study. Pediatrics 89: 307–317

McCann J, Miyamoto S, Boyle C, Rogers K (2007a) Healing of Hymenal Injuries in Prepubertal and Adolescent Girls: A Descriptive Study. Pediatrics 119: e1094–1106 www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/5/e1094

McCann J, Miyamoto S, Boyie C, Rodgers K (2007b) Healing of Nonhymenal Genital Injuries in Prepubertal and Adolescent Girls: a descriptive study. Pediatrics 120: 1000–1011

Muram D (1989) Child sexual abuse: relationship between sexual acts and genital findings. Child Abuse & Negl 13: 211–216

Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D (2001) Perinanal anatomy in non-abused preschool children. Acta Pædiatr 90: 1321–1328

Myhre AK, Berntzen K, Bratlid D (2003) Genital anatomy in non-abused preschool girls. Acta Paediatr 92: 1453–1462

Myhre AK, Myklestad K, Adams JA (2010) Changes in genital anatomy and microbiology in girls between age 6 and age 12 years: a longitudinal study. J Pediatr Adolesc Gynecol 23: 77-85

Myhre AK, Adams JA, Kaufhold M et al. (2013) Anal findings in children with and without probable anal penetration: A retrospective study of 1115 children referred for suspected sexual abuse. Child Abuse Negl 37: 465–474

Paradise JE (1989) Predictive accuracy and the diagnosis of sexual abuse: a big issue about a little tissue. Child abuse Negl 13: 169–176

Pillai M (2008) Genital findings in prepubertal girls: What can be concluded from an examination? J Pediatr Adolesc Gynecol 21: 177–185

Shapiro RA, Leonard AC, Makoroff KL (2011) Evidence-based approach to child sexual abuse examination findings. In: Kaplan R, Adams JA, Starling SP, Giardino AP: Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. STM Learning, St. Louis, S 103–115

Stewart ST (2011) Hymenal characteristics in girls with and without a history of sexual abuse. J Child Sex Abuse 20: 521–536

Trübner K, Schubries M, Beintker M, Bajanowski T (2013) Genital findings in boys suspected for sexual abuse. Int J Legal Med 127: 967–970

Sexuell übertragbare Infektionen und prophylaktische Maßnahmen

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_10,

Sexuell übertragene Infektionen (»sexually transmitted infections«, STI) können – wenngleich insgesamt selten gefunden – gelegentlich die einzigen medizinischen Hinweise auf einen sexuellen Kindesmissbrauch sein. Das US-amerikanische Center for Disease Control (CDC) erklärt, dass die Diagnose einer sexuell übertragenen Erkrankung bei einem Kind jenseits der Neonatalperiode, bis auf einige Ausnahmen, einen sexuellen Kindesmissbrauch nahelegt. Die Wertigkeit unterscheidet sich entsprechend den jeweiligen Erregern bzw. Infektionen.

Sexuell übertragbare Erkrankungen werden in den USA bei 1–8% sexuell missbrauchter Kinder diagnostiziert. Zu berücksichtigen ist die dort generell höhere Prävalenz von sexuell übertragbaren Krankheiten bei Erwachsenen. Die simple Übertragung der Zahlen aus den USA auf deutsche Verhältnisse ist somit nicht möglich. In einer retrospektiven neuseeländischen Studie wurden sexuell übertragbare Krankheiten bei 5,6% der Adoleszenten und 1,2% der präpubertären Kinder mit Missbrauchsverdacht gefunden. Keiner der davon Betroffenen war asymptomatisch (Kelly u. Koh 2006). Eigene Erfahrungen und die anderer Zentren deuten in Europa eine noch wesentlich geringere Prävalenz sexuell übertragener Erkrankungen bei Opfern sexuellen Missbrauchs an (Kohlberger u. Bancher-Todesca 2007).

Die Diagnostik sexuell übertragbarer Infektionen unterliegt bei präpubertären Kindern altersgemäßen Besonderheiten, die bei der Abstrichentnahme, der Bewertung der Ergebnisse und bei der Therapie berücksichtigt werden müssen. Abstriche und das Anlegen von Kulturen auf sexuell übertragbare Krankheiten sollten nur in ausgewählten Fällen durchgeführt werden, da die Ausbeute von positiven Befunden bei asymptomatischen Kindern sehr gering ist. Daher wird ein selektives Screening empfohlen (Tab. 10.2). Indikationen für eine Postexpositionsprophylaxe (Tab. 10.4) ergeben sich ausschließlich bei akuten Vergewaltigungen, in der Regel bei Adoleszenten.

Ein generelles Screening auf sexuell übertragbare Infektionen (STI-Screening) bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch ist nicht indiziert. Außer bei dokumentierten konnatalen Infektionen ist der positive, durch Referenzverfahren bestätigte Nachweis von Neisseria gonorrhoe oder von Chlamydia trachomatis jenseits des 3. Lebensjahres bei einem präpubertären Kind sowie der serologische Nachweis einer Syphilis oder HIV-Infektion ein sicherer Beweis eines sexuellen Missbrauchs.

Trichomonas vaginalis kann ebenfalls grundsätzlich perinatal übertragen werden und galt erst jenseits des 1. Lebensjahres als diagnostisch (= einen sexuellen Missbrauch beweisend), in den 2016er Adams Leitlinien sind die Alterszusätze für Chlamydien und Trichomomaden allerdings nicht mehr enthalten. Condylomata acuminata jenseits des 5. Lebensjahres und ein Herpes genitalis sind mögliche, aber nicht diagnostische Hinweise auf einen sexuellen Missbrauch. Herpes genitalis und Hepatitis B können sexuell übertragen werden, andere Infektionswege scheinen jedoch zu überwiegen (Tab. 10.1).

Wahrscheinlichkeit, eine sexuell übertragene Erkrankung nachzuweisen Diese hängt bei Opfern eines sexuellen Missbrauchs von verschiedenen Faktoren ab:
- regionale Prävalenz der sexuell übertragbaren Erkrankung,
- Alter, hormonelle Reife und Immunität der betroffenen Personen,
- Art, Häufigkeit und Invasivität der sexuellen Übergriffe,
- Infektiosität und Inkubationszeit der Erreger,
- zwischenzeitliche antibiotische Behandlungen aus anderen Indikationen.

Insbesondere die Möglichkeit einer HIV-Infektion ist bei Jugendlichen nach akuter Vergewaltigung anzusprechen, auch wenn das Risiko nicht hoch zu sein scheint (▶ Kap. 10.2). Ebenso wie eine antibiotische Prävention hinsichtlich bakterieller sexuell übertragbarer Krankheiten ist die Indikation zu einer HIV-Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP) zu prüfen. Insbesondere bei ansonsten einvernehmlich sexuell aktiven Adoleszenten sollten als Ausgangsbefund ein Schwangerschaftstest (β-HCG im Urin) durchgeführt und die Indikation einer Notfallkontrazeption geprüft werden.

Tab. 10.1 Implikationen nachgewiesener und bestätigter Geschlechtskrankheiten

Geschlechtskrankheit	Nachweis
Gonorrhö	Diagnostisch[1]
Syphilis	Diagnostisch[1]
HIV	Diagnostisch[1]
Chlamydien (> 3. Lebensjahr)	Diagnostisch[1]
Trichomonas (> 1. Lebensjahr)	Diagnostisch[3] – hochverdächtig[2,4]
Kondylome (HPV) (> 5–6 Lebensjahre)	Unklare Spezifität[3] – verdächtig[2,4]
Herpes simplex (genitale Lokalisation)	Unklare Spezifität[3] bzw. verdächtig[2,4]
Hepatitis B	Ungewiss, selten sexuell übertragen
Filzläuse (Pediculosis pubis)	Ungewiss, möglich, isoliert kein Hinweis
Bakterielle Vaginose[5]	Unwahrscheinlich
Isolierter Nachweis von Gardnerella vag.	Kein Hinweis
Candida	Kein Hinweis

[1] Wenn nicht perinatal übertragen; »diagnostisch« = Übertragung durch sexuellen Missbrauch
[2] AAP 2013
[3] Adams 2016
[4] CDC 2015
[5] Polymikrobielle Mischinfektion mit Gardnerella vaginalis, Anaerobiern, Mykoplasmen

10.1 Diagnostik sexuell übertragbarer Infektionen

Um ein diagnostisches sog. STI-Screening zum Nachweis einer sexuell übertragbaren Infektion zu veranlassen, bedarf es entsprechender Hinweise oder Verdachtsmomente.

Selektionskriterien für ein Screening auf sexuell übertragbare Infektionen

- Missbrauch mit vaginaler oder analer Penetration
- Anogenitale Befunde, die auf ein penetrierendes Trauma hinweisen
- Missbrauch durch multiple und/oder unbekannte Täter
- Täter mit bekannter oder vermuteter sexuell übertragbarer Krankheit
- Täter mit Hochrisikoverhalten (i.v. Drogenabusus, Promiskuität)
- Nachweis einer sexuell übertragbaren Infektion bei einem Geschwisterkind, nahem Verwandten oder Haushaltskontakt
- Hohe regionale Prävalenz von Geschlechtskrankheiten
- Spezifische genitale Läsionen, die auf eine sexuell übertragbare Krankheit hinweisen: herpesverdächtige anogenitale Bläschen, syphilitische Hauterscheinungen (Condylomata lata, Roseola, palmoplantares Syphilid), Condylomata acuminata
- Adoleszente haben ein höheres Risiko und sollten vermutlich grundsätzlich gescreent werden
- Vaginaler oder analer Fluor in der Anamnese oder bei der Untersuchung
- Besorgnis des Kindes oder der Eltern

Auch bei vorgesehener Postexpositionsprophlaxe (PEP) ist zuvor ein Screening durchzuführen. Wie alle Schritte der Untersuchung soll auch die Durchführung eines STI-Screenings in Kooperation und mit Einverständnis des Kindes erfolgen. Nach der initialen Untersuchung ist das Screening auf Gonokokken, Chlamydien und Trichomonaden nach zwei Wochen zu wiederholen, die Lues-, HIV- und Hepatitis-Serologie nach drei Monaten, HIV zusätzlich nach 12 Monaten.

Das Einführen von Abstrichtupfern hat einen invasiveren und somit potenziell traumatisierenderen Charakter als die auf eine Inspektion beschränkte sonstige Untersuchung. Daher ist eine überlegte Indikationsstellung obligat.

10.1.1 Abstrichentnahme bzw. Probengewinnung beim STI-Screening

Das nicht östrogenisierte präpubertäre Hymen ist ausgesprochen schmerzempfindlich. Wenn ein Screening auf sexuell übertragbare Infektionen indiziert ist, ist die Verwendung von angefeuchteten kleinen Urethraltupfern sinnvoll, da dies einen potenziell schmerzhaften Kontakt mit dem Hymen vermeiden hilft. Große Baumwolltupfer (wie die üblichen Bakteriologieabstriche) sollten bei präpubertären Kindern vermieden werden. Alternativ kann eine dünne Magensonde verwendet werden, um den hinteren Teil der Scheide mit etwas steriler Kochsalzlösung zu spülen, welche dann für die weitere Untersuchung wieder aspiriert wird. Bei Durchführung des in ◘ Tab. 10.2 aufgeführten Screeningprogrammes ist zu berücksichtigen, dass die präpubertäre Gonorrhö und die Chlamydieninfektion lokalisierte vaginale Infektionen sind. Abstriche müssen daher von der Vaginalwand jenseits des Hymens entnommen werden; neuerdings sind diesbezüglich auch Urinproben auf Nukleinsäure-Amplifikations-Methoden (NAAT) verlässlich möglich. Abstriche im Bereich des Vestibulums und der Fossa navicularis vor dem Hymen sind nicht repräsentativ und weisen eher Keime der Darmflora nach. Zervixabstriche sind erst im Adoleszentenalter indiziert.

◘ **Tab. 10.2** Screening-Programm bei Verdacht auf sexuell übertragene Infektionen (»STI-Screening«)

Nur indiziert, wenn Selektionskriterien erfüllt (s. oben)	
Generelles Screening	
Gonorrhö	Vaginale oder Urin NAAT[1] + anale + pharyngeale Kultur (ggf. NAAT[2])
Chlamydien	Vaginale oder Urin + anale[2] NAAT[1]
Trichomonaden	Vaginale Kultur; Nativausstrich zusätzlich, aber wenig sensitiv
Syphilis, Hepatitis B	Serologie (Kontrolltiter nach drei Monaten) Gram-Färbung von vaginalen oder analen Absonderungen Reserveserum und Urin einfrieren! Ergänzend Schwangerschaftstest (β-HCG im Urin)
Nur gezielt	
HSV[3]	Virusanzucht oder PCR verdächtiger Läsionen
HPV[4]-Typisierung	Stanzbiopsie in Narkose[5]
HIV	Serologie (Kontrolltiter nach 3, (6), 12 Monaten)
Kontrolluntersuchungen	
Kontrolluntersuchungen sollten nach 2–3 Wochen und 3–4 Monaten erfolgen, im Falle eines Screenings auf HIV auch nach (6 und) 12 Monaten	

[1] Präpubertär vaginaler Abstrich jenseits des Hymens, erst pubertär Zervixabstrich!
[2] Empfehlungen bzgl. NAAT heterogen; immer durch Referenzverfahren zu bestätigen, falls positiv!
[3] HSV = Herpes-simplex-Virus
[4] HPV = Humanes Papillomavirus (Condylomata acuminata);Typisierung nur begrenzt aussagefähig
[5] Nur wenn Operation aus therapeutischen Gründen indiziert

10.1.2 Nachweismethoden

Kulturen galten für den Nachweis von Gonokokken und Chlamydien aufgrund der hohen Spezifität lange Zeit als Goldstandard in forensischen Fällen. Während dies von der CDC auch in den aktuellen 2015er Leitlinien weiter propagiert wird, die NAAT allerdings alternativ möglich sind, empfiehlt die American Academy of Pediatrics (AAP 2013) in ihren aktuellen Leitlinien die Verwendung von Nukleinsäure-Amplifikations-Methoden (NAAT) zum Screening auf vaginale Infektionen von präpubertären Kindern und Jugendlichen. Argumente dafür sind die immer geringere Verfügbarkeit von Kulturmethoden, eine hohe Sensitivität und eine den Kulturen vergleichbare Spezifität sowie die geringere Invasivität, insbesondere da Urinproben gleichwertige Ergebnisse wie Vaginalabstriche ergeben. Aufgrund der geringen Prävalenz der Infektionen in dieser Altersklasse ist der positiv prädiktive Wert allerdings gering; daher sind bei positivem Ergebnis Bestätigungstests erforderlich, bevor daraus die Diagnose eines Missbrauchs als gesichert

angenommen wird. Für den NAAT-Nachweis von Trichomonaden und Gardnerella gelten diese Empfehlungen nicht. Für nicht-genitale Lokalisationen empfiehlt die CDC weiterhin ausschließlich Kulturen, in der Adams-Leitlinie von 2016 (Adams 2016) werden aber auch hier die NAAT als akzeptabel angesehen.

Diese Ausführungen deuten an, dass die Diagnostik von STI im Kontext eines möglichen sexuellen Missbrauchs im Wandel ist und vom Diagnostiker das aufmerksame Verfolgen der Literatur und Empfehlungen verlangt.

> **Es ist immer ein eindeutiges Kennzeichnen und Handling der Proben erforderlich, da die Proben im Falle positiver Befunde erhebliche, auch rechtliche, Implikationen nach sich ziehen. Daraus ergeben sich hohe forensische Ansprüche an die lückenlose Dokumentation der Probenentnahme und Weiterbearbeitung. Die Abläufe, adäquate und optimale Entnahmemethoden, Testmethoden und Kulturtechniken sind möglichst im Vorfeld mit dem zuständigen Labor zu klären.**

10.2 Infektionen im Einzelnen

Spektrum sexuell übertragbarer Infektionen (Erreger bzw. Krankheiten)

- Condylomata acuminata (HPV-Viren)
- Gonorrhö (»Tripper«, Neisseria gonorrhoe)
- Chlamydieninfektion (Chlamydia trachomatis)
- Trichomoniasis (Trichomonas vaginalis)
- Herpes genitalis (Humanes Herpes-simplex-Virus, HSV)
- Bakterielle Vaginose (Mischinfektion von Gardnerella vaginalis und Anaerobiern)
- Lues/Syphilis (Treponema pallidum)
- Hepatitis B und C (HBV, HCV)
- Ektoparasitäre Infektionen (Filzläuse – Pediculosis pubis, Skabies – Sarcoptes scabiei (nicht bei Kindern!))
- HIV (»human immunodeficiency virus«)

Je nach vermutetem oder zu erwartendem Erreger stellt sich sowohl die Frage der korrekten Abstrichentnahme als auch der Auswahl der Medikamente für die postexpositionelle Prophylaxe, der etwaig erforderlichen Behandlung und der Notwendigkeit medizinisch indizierter Kontrolluntersuchungen. Die Therapie bei sexuell übertragbaren Infektionen zeigt Tab. 10.3 im Überblick.

Condylomata acuminata

Condylomata acuminata oder Feigwarzen zählen zu den durch humane Papillomaviren (HPV) übertragenen Infektionen. Bei Erwachsenen gilt sie als häufigste sexuell übertragene Infektion. Sie werden bei 1–2% sexuell missbrauchter Kinder gefunden. Dabei liegen im Genitalbereich meist die HPV-Subtypen 6, 11, 18, seltener 16, 31, 33, 45, 52, 55 vor. HPV 6 und 11 verursachen mehr als 90% der anogenitalen Warzen.

Die Bedeutung der Einteilung in »Low-risk-« (6, 11) und »High-risk-Typen« (16, 18, 31, 33, 45, 52) bezüglich einer späteren Zervix-, Vulva-, Penis- und Analkarzinomentstehung ist für Erwachsene, jedoch nicht für präpubertäre Kinder belegt. HPV kann auch die »normalen« Warzen an Händen, Füßen etc. hervorrufen (dann meist HPV Typ 1, 2, 3, 4). Eine DNA-Subtypisierung mittels PCR ist möglich, bezüglich der Diagnose eines sexuellen Kindesmissbrauchs aber in der Regel wenig aussagekräftig. Sowohl genitale wie auch digitale Subtypen können bei Kindern anogenital auftreten und im Rahmen eines sexuellen Missbrauchs übertragen worden sein. Nichtgenitale Subtypen können dabei von den Händen eines Täters oder einer Täterin stammen.

Die Inkubationszeit beträgt 1–20 Monate, nach perinataler Transmission ist das Auftreten der Kondylome bis zu 2–3 Jahre später beschrieben worden, für Larynxpapillome nach bis zu 5 Jahren. Ab dem Alter von 5 Jahren soll die Wahrscheinlichkeit eines zugrunde liegenden sexuellen Missbrauchs steigen, allerdings stützen auch hier einige Studien die Annahme einer Übertragung im Rahmen von Haushaltskontakten. Die Transmission kann über anogenitalen Schleimhautkontakt erfolgen (Missbrauch), über befallene Finger oder Hände (Pflegehandhabungen, Autoinokulation oder Missbrauch) oder perinatal durch (oft asymptomatisch infizierte) mütterliche Geburtswege. Dabei

Tab. 10.3 Therapie sexuell übertragbarer Infektionen

Infektion	Mittel der 1. Wahl	Dosierung	Alternativen
Gonorrhö	Ceftriaxon	< 45 kgKG: 125 mg einmalig i.m./i.v. (DGPI[1]: 500 mg!) > 45 kgKG: 250 mg einmalig i.m./i.v.[2] (DGPI[1]: 1 g!)[2]	Cefixim 400 mg p.o. (einmalig)[2] Ceftriaxon 50 mg/kgKG (max. 2 g) i.m./i.v. als ED für 7 Tage bei komplizierten Infektionen
Chlamydien	Erythro-mycinestolat	< 45 kgKG: 40 mg/kgKG in 2–3 ED, 10–14 Tage	Azithromycin 10 mg/kgKG in 1 ED für 3 Tage (> 45 kgKG: 1 g Einzeldosis) > 9 Jahre: Doxycyclin 2,5–4 mg/kgKG in 1 ED, 7 Tage (oder 2-mal 100 mg/Tag, 7 Tage) > 10 Jahre auch: Azithromycin 1 g oder Ciprofloxacin 0,5 g (jeweils einmalig)
	Clarithromycin	10–15 mg/kgKG in 2 ED, 7–10 Tage	
Trichomoniasis	Metronidazol	15 mg/kgKG in 3 ED p.o., 5–7 Tage > 12 Jahre: 2 g p.o. (einmalig)	
HSV-Infektion	Symptomatisch	Ibuprofen 10 mg/kgKG alle 6 Stunden	
	Lokaltherapie	Adstringierende Sitzbäder (Tannosynt/Tannolact)	Kleie-Sitzbäder
	Aciclovir	15 mg/kgKG i.v. in 3 ED, 5–7 Tage, > 10 Jahre: 5-mal 200 mg/Tag p.o., 5–7 Tage	
Lues	Benzathin-Benzylpenicillin[3]	50.000 EH/kgKG bis zur Maximaldosis 2,4 Mega, einmalig i.m.	Erythromycinestolat 40 mg/kgKG p.o., 14 Tage > 9 Jahre: Doxycyclin 2-mal 100 mg/Tag p.o., 14 Tage
HIV-Infektion	Differenzierte Therapie	Nur durch pädiatrisches HIV-Zentrum	
Bakterielle Vaginose	Metronidazol	15 mg/kgKG in 3 ED p.o., 7 Tage (max. 1 g) > 12 Jahre: 1 g in 2 ED p.o., 7 Tage	Clindamycin: 40 mg/kgKG in 2 ED p.o., > 12 Jahre: 600 mg in 2 ED p.o., jeweils für 7 Tage. Lokal intravaginal: Metronidazol 0,5% oder Clindamycin 2% in 1 ED; 5 Tage
Filzläuse	Permethrin 1%	Infectopedicul-Lösung	Im Augenbrauen-/Wimpernbereich mechanische Entfernung nach Öl- oder Vaselineanwendung über 7 Tage
Kondylome	Chirurgische Therapie	Exzision Lasertherapie Kryotherapie	Trichloressigsäure-, Podophyllin-, Imiquimod-Lokaltherapie evtl. bei Jugendlichen
Hepatitis B/C	Keine Akuttherapie verfügbar		α-Interferon (chronische Infektionen)

[1] Die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) empfiehlt deutlich höhere Dosen für die unkomplizierte Gonorrhö und die primäre Kombination mit 20 mg/kgKG Azithromycin, wenn eine Koinfektion mit Chlamydien nicht ausgeschlossen werden kann (DGPI 2013)
[2] > 45 kgKG empfiehlt die CDC und DGPI bei Ceftriaxon als auch Cefixim die Kombination mit 1 g Azithromycin p.o.
[3] Retacillin, Pendysin, Tardocillin



Abb. 10.1 Übertragung von HPV mit Ausbildung von Condylomata acuminata



Abb. 10.2 Perianale Condylomata acuminata, jeweils mit analer Reflexdilatation in Narkose (nicht verwertbar)

kann es neben anogenitaler Manifestation (Abb. 10.1 und Abb. 10.2) zu einer Larynxpapillomatose des Kindes kommen.

Nachdem in früheren Arbeiten die Wahrscheinlichkeit einer sexuellen Übertragung höher angegeben wurde als heute, ist der aktuelle Stand der Literatur äußerst widersprüchlich. So ist die konnatale Transmission in manchen neueren Arbeiten äußerst gering, in anderen sehr hoch, wobei eine schlechte Korrelation der betroffenen Organsysteme zwischen Eltern und Kindern besteht. Bei nicht missbrauchten 5- bis 6-jährigen norwegischen Kindern war HPV-DNA in 3,4% der genitalen und in 1,2% der analen Proben von Mädchen positiv (Myhre et al. 2003).

> **Demnach können Condylomata acuminata u. U. auf eine sexuelle Transmission hinweisen und bedürfen einer diesbezüglichen weiteren Abklärung. Aufgrund der widersprüchlichen Datenlage sind sie als alleiniger Befund jedoch nicht diagnostisch für einen sexuellen Missbrauch. Bei über 5-jährigen Kindern ist die Wahrscheinlichkeit einer sexuellen Transmission womöglich höher.**

Empfohlenes Prozedere Derzeit wird empfohlen, einen kindergynäkologischen Status mit der Frage nach missbrauchsassoziierten Befunden zu erheben. Zusätzlich sollte ein Screening auf etwaig koexistierende sexuell übertragene Infektionen und eine explizite Anamnese auf Verhaltensauffälligkeiten durchgeführt werden. In den meisten Fällen findet sich trotz erweitertem Screening kein gesicherter Übertragungsweg.

Therapie Laser- oder Kryoexzision oder Abtragung mit scharfem Löffel in Narkose (Rezidivgefahr!). Trichloressigsäure oder Podophyllin Lokaltherapien werden präpubertär aufgrund der starken Reizwirkung meist nicht gut toleriert. Für das Immunmodulans Imiquimod (Aldara 5%) oder den verschiedene Catechine enthaltenden Trockenextrakt aus Blättern des Grünen Tees (Veregen) wird im Off-Label-Use auch bei Kindern und Jugendlichen über gutes Ansprechen berichtet, aber ebenso über lokale Unverträglichkeiten. Gerade bei präpubertären Kindern sind jedoch auch Spontanheilungen möglich, sodass initial auch ein abwartendes Verhalten gerechtfertigt ist.

Prophylaxe Zusätzlich zu den beiden bisher zur Verfügung stehenden bi- bzw. quadrivalenten HPV-Impfstoffen (Cervarix gegen HPV 16/18 und Gardasil gegen HPV 6/11/16/18) wurde 2015 ein Neunfach-Impfstoff, welcher vor den HPV-Typen 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 und 58 schützt, zugelassen und steht seit 2016 zur Verfügung – Gardasil 9. Es werden für Mädchen neuerdings nur noch zwei Impfdosen im Abstand von sechs Monaten und bereits im Alter von 9–14 Jahren von der STIKO (Ständige Impfkommission des Robert Koch-Instituts) empfohlen. Die Effektivität als postexpositionelle Maßnahme liegt unter 30%.

Gonorrhö

Inkubationszeit 2–7 Tage. Gonorrhö-Infektionen finden sich in den USA bei 1–3% der sexuellen Missbrauchsopfer. Insbesondere pharyngeal, urethral und anal sind sie häufig asymptomatisch. Genital sind sie

nahezu immer symptomatisch und zeigen eine oft ausgeprägte, purulente Vaginitis mit grünlich-eitrigem, stark riechendem Fluor, Dysurie, Erythem und Pruritus. Präpubertär ist die vaginale Schleimhaut befallen, es kommt nicht zu aufsteigenden Infektionen. Erst im Jugendalter tritt die bei Erwachsenen bekannte Zervizitis und Adnexitis auf. Dies ist bei der Abstrichentnahme zu berücksichtigen.

Goldstandard der Diagnose ist der Thayer-Martin-Nährboden oder Schokoladen-Blut-Agar, wobei mittlerweile Nukleinsäure-Amplifikations-Methoden (NAAT) eine große Bedeutung im Screening erlangt haben. Insbesondere bei alleiniger mikroskopischer Diagnose und Nachweis intraleukozytärer, gramnegativer Diplokokken besteht eine Verwechslungsgefahr mit nicht humanpathogenen Neisserienstämmen und anderen Spezies. Auch sind Berichte über initiale mikrobiologische Fehlbewertungen von Neisseria meningitides publiziert. Daher ist bei Identifikation von Neisseria gonorrhoeae immer ein Bestätigungstest bzw. eine Kultur und ggf. auch deren Überprüfung erforderlich. Es gibt in der Literatur keine überzeugenden Belege für eine nichtsexuelle Übertragung von Gonokokken durch Gegenstände, auch wenn dies in einer neueren Arbeit postuliert wird. Die amerikanischen Therapieempfehlungen und die Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) unterscheiden sich in Hinblick auf deutlich höhere Dosen und die primäre Kombination mit 20 mg/kgKG Azithromycin, wenn eine Koinfektion mit Chlamydien nicht ausgeschlossen werden kann (DGPI 2013).

Therapie Ceftriaxon (< 45 kgKG 125 mg (DGPI: 500 mg) einmalig i.m. oder i.v., > 45 kgKG 250 mg (DGPI: 1 g) einmalig i.m. oder i.v., alternativ einmalig 400 mg Cefixim p.o.; jeweils + 1 g Azithromycin p.o.).

■ Chlamydia trachomatis

Inkubationszeit 1 Woche. Bei perinataler Übertragung kann es zu einer purulenten, Aminoglykosid-resistenten Konjunktivitis kommen, die typischerweise nach 7–10 Tagen postnatal auftritt. Im ersten Lebenshalbjahr kann es zu Pneumonien kommen. Perinatal erworbene Infektionen (vertikales Transmissionsrisiko etwa 50%) können bis zu 2 Jahre im Genitalbereich und bis zu 3 Jahre im Rachen persistieren. Infektionen, die nach den ersten 3 Lebensjahren auftreten, sind Indikatoren eines sexuellen Kindesmissbrauchs. Sie werden in den USA bei 2–5% der Missbrauchsopfer gefunden.

Klinisch imponiert eine purulente Vaginitis mit teils blutigem Fluor, vaginaler Blutung, Urethritis, Pyurie, Dysurie, Erythem und Pruritus, die Infektion kann jedoch auch asymptomatisch verlaufen. Unbehandelt kann die Infektion chronifizieren und zu Sterilität führen. Da es sich um obligat intrazelluläre Erreger handelt, muss die Abstrichentnahme so erfolgen, dass Epithelzellen gewonnen werden. Von der Chlamydienserologie zur Diagnosefindung wird abgeraten.

Therapie < 45 kgKG: Erythromycinestolat 30 mg/kgKG in 2–3 ED für 10–14 Tage oder Azithromycin 10 mg/kgKG in 1 ED für 3 Tage (> 45 kgKG 1 g Einzeldosis). Über 8 Jahre Doxycyclin initial 4, dann 2 mg/kgKG in 1 ED für 7 Tage (lt. CDC: 2-mal 100 mg/Tag). Über 16 Jahre (CDC über 8 Jahre!) auch Azithromycin 1 g p.o. als Einzeldosis.

■ Trichomonas vaginalis

Inkubationszeit 1 Woche. Perinatal erworben führen Trichomonaden zu einer über mehrere Monate persistierenden Vaginitis. Jenseits des 1. Lebensjahres finden sich ausschließlich sexuelle Übertragungen. Bei Adoleszenten gehören sie neben der bakteriellen Vaginose zu den häufigsten Geschlechtskrankheiten, die bei Männern in 90% und Frauen in 50% asymptomatisch verläuft.

Klinisch imponieren dünnflüssig-schaumiger, grau-grün-gelblicher Fluor und eine diffuse Vulvovaginitis, Urethritis und präpubertär deutlicher Pruritus. Die mikroskopische Diagnose mit Nachweis der begeißelten, birnenförmigen Flagellaten im Nativpräparat hat nur eine Sensitivität von 50% und es besteht eine Verwechslungsgefahr mit intestinalem Trichomonas hominis. Zum Screening wird in Leitlinien daher eine Kultur empfohlen (Diamond's oder InPouch TV Kultur). Sie hat eine Sensitivität von 95%. Alternativ kann eine TMA (Transcription Mediated Amplification) angewendet werden.

Therapie Metronidazol 15 mg/kgKG in 3 ED p.o. über 5–7 Tage, über 12 Jahre 2 g Einmaldosis.



Abb. 10.3 Herpes genitalis Infektion mit typischen schmerzhaften Bläschen. (Abbildung freundlicherweise überlassen von Dr. F. Navratil, Zürich)

Herpes-simplex-Virus; HSV

Der Infektionsort ist nicht typspezifisch. Schleimhäute jeglicher Lokalisation können durch HSV 1 und 2 befallen sein. Demnach kann auch ein genitaler Herpes durch beide Typen verursacht sein. Dennoch überwiegt Typ 2 genital; sexuelle Übertragungen sind dokumentiert worden und betreffen 0,1–1% der missbrauchten Kinder. Bei Typ 1 ist eine Autoinokulation bei Infektion des Respirationstrakts möglich. HSV tritt auch als konnatale Infektion auf.

Klinisch imponieren vaginale Papeln und gruppierte Vesikel, die nach 1–3 Tagen schmerzhaft ulzerieren (Abb. 10.3). Zusätzlich bestehen Pruritus, Weichteilschwellung und eine schmerzhafte inguinale Lymphadenopathie. Anal kann es zu einer akuten schmerzhaften, blutig-schleimigen Proktitis mit Tenesmen kommen. Begleitend sind Allgemeinsymptome wie Fieber, Zephalgien und Myalgien möglich. Die Diagnose wird durch Virusanzucht bzw. PCR aus Bläscheninhalt gestellt.

Therapie Symptomatisch analgetisch-antiinflammatorisch (z. B. Ibuprofen 10 mg/kgKG alle 6 h), lokal mit adstringierenden (z. B. Tannosynth/Tannolact) oder Kleiesitzbädern. Bei schweren Verläufen Aciclovir 15 mg/kgKG i.v. in 3 ED für 5–10 Tage, Adoleszente auch 5-mal 200 mg/Tag p.o. für 5–7 Tage.

Bakterielle Vaginose

Darunter versteht man eine polymikrobielle Mischinfektion mit Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis und Anaerobiern (Mobiluncus, Bacteroides) und gramnegativen Erregern, die bei Adoleszenten und Erwachsenen als Marker sexueller Aktivität gilt. Nicht selten besteht sie als Koinfektion bei anderen Geschlechtskrankheiten. Präpubertär werden jedoch auch bei nicht sexuell missbrauchten Mädchen asymptomatische Kolonisierungen mit Gardnerella vaginalis gefunden. Der Befund rechtfertigt daher isoliert nicht die Diagnose einer bakteriellen Vaginose.

Klinisch findet sich ein trüb-wässriger Fluor mit »fischigem« Geruch, der im Rahmen des sog. Whiff-Tests nach Zusatz von 10%iger Kalilauge (KOH) deutlich zunimmt. Mikroskopisch finden sich »clue cells«, Epithelzellen mit Bakterienclustern.

Therapie Metronidazol 15 mg/kgKG in 3 ED p.o., über 12 Jahre 1 g in 2 ED p.o., jeweils für 7 Tage. Auch eine lokale intravaginale Therapie mit Metronidazol Gel (0,75%) oder Clindamycin Creme (2%) ist effektiv.

Lues/Syphilis (Treponema pallidum)

Inkubationszeit 10–90 Tage. Wird selten bei missbrauchten Kindern gefunden (unter 1 %). Als syphilitischer Primäraffekt kommt es zu einem indolenten Primärulkus (harter Schanker), meist genital oder anal. Nach 6 Wochen derbe, schmerzlose inguinale Lymphadenopathie. Im Sekundärstadium kommt es zu einem unspezifischen makulopapulösen Exanthem (Roseola), das leicht mit einem Virusexanthem verwechselt werden kann, sowie einem palmoplantaren Ausschlag. Zudem können breit aufsitzende, hautfarbene, hochinfektiöse Warzen anogenital auftreten (Condylomata lata). Diagnostisch wird die TPHA oder FTA-Abs Serologie empfohlen, die nach 2–3 Wochen positiv ist.

Therapie Benzathin-Benzylpenicillin (Retacillin, Pendysin, Tardocillin) 50.000 EH/kgKG bis zur

Maximaldosis für Erwachsene von 2,4 Mega, einmalig i.m. Bei Penicillinallergie Erythromycinestolat 30-40 mg/kgKG p.o. für 14 Tage, über 8 Jahre Doxycyclin 2-mal 100 mg/Tag p.o. für 14 Tage.

Hepatitis B und C

Beide Formen der Hepatitis sind potenziell sexuell übertragbare Erkrankungen. In den meisten Fällen erfolgt die Infektion allerdings anderweitig. Übliche Übertragungswege sind bei der Hepatitis B vertikale Transmissionen unter der Geburt. Hepatitis-B-Infektionen werden aufgrund der hohen Infektiosität und der geringen erforderlichen Virusmenge (im Gegensatz zu HIV!) auch bei akzidenteller, nichtberuflicher Exposition wie Nadelstichverletzungen auf Spielplätzen beobachtet. Die Hepatitis C (Inkubationszeit 8 Wochen) wird bei etwa 5% der HCV-positiven Mütter durch vertikale Transmission unter der Geburt auf das Neugeborene übertragen.

Bislang fehlen hinreichende Belege für eine Transmission von Hepatitis B und C durch sexuellen Kindesmissbrauch. Im Einzelfall ist eine derartige Übertragung jedoch möglich. Daher sollte bei fehlendem Impfschutz aufgrund des potenziellen Risikos für eine chronische Hepatitis mit nachfolgender Leberzirrhose und Leberzellkarzinom nach akuten Vergewaltigungen eine Postexpositionsprophylaxe für Hepatitis B durchgeführt werden. Für Hepatitis C steht eine Prophylaxe bislang nicht zur Verfügung.

Eine kausale Therapie ist für beide akuten Infektionen nicht verfügbar, chronische Verläufe werden mit α-Interferon behandelt. Hepatitis B und C sind meldepflichtige Infektionen nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Ektoparasitäre Infektionen

Filzläuse (Pediculosis pubis) und Skabies (Sarcoptes scabiei, Krätzemilbe) gelten bei Erwachsenen, aufgrund des erforderlichen engen Körperkontaktes für eine Infektion, als sexuell übertragene Erkrankungen. Für Kinder wird dies für Filzläuse zwar vereinzelt vermutet, Belege dafür fehlen allerdings bislang. Allein aufgrund einer isolierten Infektion mit Filzläusen ist die Diagnose eines sexuellen Missbrauchs nicht zulässig. Es ist einerseits nach weiteren Hinweisen (auffällige Befunde, koexistierende Geschlechtskrankheiten, Verhaltensauffälligkeiten) zu suchen, andererseits die Infektionsquelle, wenn möglich, zu eruieren. Für eine sexuelle Übertragung von Krätzemilben bei Kindern gibt es keine Hinweise.

Therapie Permethrin (Infectopedicul-Lösung, Infectoscab 5% Creme). Im Wimpernbereich nur mechanische Entfernung.

HIV-Infektion

Die Inzidenz bei Missbrauchsopfern ist unbekannt. Auch wenn sie generell als gering gilt, wird sie möglicherweise unterschätzt. Gellert (1993) fand bei 5.622 Kindern, die unter dem Verdacht auf einen sexuellen Kindesmissbrauch untersucht und auf HIV getestet wurden, 41 HIV-positive Kinder, davon 28 durch den Missbrauch selbst (0,5%). Von 9.136 Kindern mit HIV oder Aids unter 13 Jahren, die im amerikanischen Surveillance-System bis 1996 registriert waren, hatten 26 Kinder (0,2%) die Infektion durch sexuellen Kindesmissbrauch erworben (Lindegren 1998). Darüber hinaus sind uns erstaunlicherweise keine neueren Untersuchungen zu dieser Fragestellung bekannt.

Bei Erwachsenen mit einvernehmlichem Sexualkontakt liegt das HIV-Transmissionsrisiko bei einmaligem Vaginalverkehr für eine Frau mit einem HIV-positivem Partner, je nach dessen aktueller Viruslast, bei 0,01–0,3%, bei einmaligem rezeptivem Analverkehr bei 0,82% (0,24–2,76%), bei rezeptivem Analverkehr und unbekanntem HIV-Serostatus bei 0,27% (0,06–0,49%). Für rezeptiven oralen Verkehr ist das Risiko sehr gering. Koexistierende andere Geschlechtskrankheiten, eine unbehandelte Infektion des Täters mit hoher Viruslast (> 1000 Kopien/ml) und die Invasivität eines Übergriffs erhöhen das Transmissionsrisiko.

Nach einem akuten Übergriff ist sowohl die Indikation zur Testung auf HIV als auch hinsichtlich einer Postexpositionsprophylaxe zu thematisieren, insbesondere bei entsprechender Besorgnis des Kindes oder der Eltern. Die Variablen hinsichtlich eines STI-Screenings wurden bereits erläutert und gelten weitgehend auch für die HIV-Testung.

Nukleinsäuresequenzanalysen des Virusgenoms können mitunter bei durch den Missbrauch infizierten Kindern helfen, einen potenziellen Täter

Tab. 10.4 Mögliche Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach akuter Vergewaltigung (immer individuell entscheiden, Indikation prüfen, nie schematisch)

Postkoitale Kontrazeption[1]	Bis maximal 72 h: 1,5 mg Levonorgestrel p.o. (1 Tbl. PiDaNa) oder bis maximal 120 h: 30 mg Ulipristalacetat p.o. (1 Tbl. ellaOne) Bei älteren Adoleszenten postkoitale Einlage einer Kupferspirale möglich	
Simultane passive und aktive Hepatitis-B-Prophylaxe Vgl. auch STIKO 2013	0,06 ml/kgKG (max. 5 ml) Hepatitis-B-Immunglobulin (Hepatitis B Immunglobulin Behring; 1 ml = 200 IE) i.m. Hepatitis-B-Impfstoff i.m. (Dosierung beachten): < 16 Jahre: 0,5 ml = 5 µg HBVAXPRO oder 10 µg Engerix-B-Kinder ≥ 16 Jahre: 1,0 ml =10 µg HBVAXPRO oder 20 µg Engerix-B-Erwachsene, Injektion Oberarm oder lateraler Oberschenkel; nicht gluteal!	
Prophylaxe bakterieller STI	250 mg Ceftriaxon i.m.	plus 2 g Metronidazol p.o. plus 1 g Azithromycin p.o.
(Mögliche) HIV-PEP laut DAIG 2013 (Therapiedauer 4 Wochen)[2]	Raltegravir + Tenofovir-DF/Emtricitabin ≡ Isentress® + Truvada® Dosierung: Isentress® 400 mg 1 – 0 – 1 + Truvada 245/200 mg 1 – 0 – 0	Alternativ zu Isentress® (Raltegravir) kann Kaletra® (Lopinavir/Ritonavir), alternativ zu Truvada® (Tenofovir-DF/Emtricitabin) kann Combivir® (Zidovudin/Lamivudin) eingesetzt werden. Dosierungen: Kaletra® 200/50 mg 2 – 0 – 2 Combivir® 300/150 mg 1 – 0 – 1

[1] Bei Ulipristal vorher Schwangerschaft ausschließen!
[2] Immer Rücksprache mit pädiatrischem HIV-Zentrum! (www.kinder-aids.de/zentren.htm)
CAVE – angegeben sind Erwachsenendosierungen, die je nach Substanz ab 25–35 kg zugelassen sind; Truvada ist für Kinder/Jgdl. nicht zugelassen. Die komplette HIV-PEP ist off label!

(= HIV-Überträger) zu identifizieren (Banaschak et al. 2000).

10.3 Postexpositionsprophylaxe (PEP) nach sexuellen Übergriffen

Die Indikation zu einer Prophylaxe nach sexuellen Übergriffen muss individuell gestellt werden. Sie hängt von verschiedenen Faktoren ab, die sich zu einem Großteil mit den Indikationen, überhaupt ein Screening auf sexuell übertragbare Krankheiten durchzuführen, decken. Die Maßnahmen im Einzelnen zeigt Tab. 10.4.

Aufgrund der forensischen Implikationen nachgewiesener sexuell übertragbarer Infektionen sollte vor jeder Prophylaxe ein STI-Screening durchgeführt werden.

Postkoitale Kontrazeption

Eine postkoitale Kontrazeption sollte allen adoleszenten Opfern, die ungeschütztem vaginalem Verkehr ausgesetzt waren, empfohlen werden. Die Stellungnahme des Berufsverbandes der Frauenärzte und der Dt. Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie von 2013 empfiehlt hierfür Ulipristalacetat (ellaOne) als erste Wahl, da die Anwendung bis 5 Tage postkoital erfolgen kann und die Effektivität höher sei (was jedoch an anderer Stelle zusammen mit dem deutlich geringeren Erprobungsgrad als nicht hinreichend belegt kritisiert wird – Arzneitelegramm 2015). Die meisten Erfahrungen liegen für das lang erprobte, aber nur bis zu 72 Stunden wirksame Levonorgestrel (PiDaNa, Postinor) vor. Die Effektivität korreliert invers mit dem Abstand zur Spermienexposition. In der Regel wird die Prophylaxe gut vertragen. Zur Dosierung siehe Tab. 10.4.

Bakterielle Infektionen

Bei präpubertären Kindern wird im Gegensatz zu Adoleszenten keine Prophylaxe bakterieller Infektionen empfohlen, stattdessen eine symptomorientierte Verlaufsdiagnostik. Bei Jugendlichen empfiehlt das amerikanische Center for Disease Control (CDC) die Kombination von 250 mg Ceftriaxon i.m. oder i.v. (alternativ einmalig 400 mg Cefixim p.o.) plus 2 g Metronidazol p.o. plus 1 g Azithromycin p.o.

Hepatitis-B-Infektion

Ungeimpfte oder Personen, die bekanntermaßen auf eine Impfung mit zu geringer Antikörperbildung reagiert haben, sollten innerhalb von 24 h zur Verhütung einer Hepatitis-B-Infektion eine kombinierte aktive und passive Impfung (HBIG, Hepatitis-B-Immunglobulin) erhalten (Tab. 10.4).

HIV-Postexpositionsprophylaxe

Der potenzielle Nutzen der HIV-Postexpositionsprophylaxe (HIV-PEP) ist aufgrund der geringen Fallzahlen für nichtberufliche Exposition nicht zuverlässig evaluierbar. Die Überlegung, sie dennoch in Betracht zu ziehen, ist theoretischer Natur und aus der Erfahrung mit beruflicher perkutaner Exposition extrapoliert, ihre Effektivität demnach nicht nachgewiesen. Der theoretisch zu erwartende Nutzen ist dem vermuteten Risiko einer Infektion, der Toxizität der Maßnahmen und den potenziell letalen Folgen einer nicht verhüteten HIV-Infektion gegenüberzustellen. Die bei der Testung aufgeführten Indikationen können auch bei der Entscheidung, eine HIV-PEP durchzuführen, hilfreich sein.

Bei zunehmender Verfügbarkeit effektiver und relativ gut verträglicher antiretroviraler Medikamente ist unklar, ob die Indikation nach akuter Vergewaltigung großzügiger gestellt werden sollte. Bislang gibt es keine generellen Empfehlungen oder verbindliche Richtlinien für Kinder. Die Deutsche AIDS Gesellschaft gibt in den AWMF-Leitlinien für Erwachsene die statistische Expositionswahrscheinlichkeit als sehr gering (≤ 1:10.000) an:

> Bei Opfern einer Vergewaltigung ist angesichts der epidemiologischen Situation in Deutschland ein routinemäßiges Anbieten oder Empfehlen einer HIV-PEP im Allgemeinen nicht gerechtfertigt.

Die HIV-PEP wird in Zentren, die sexuell missbrauchte Kinder behandeln, sehr unterschiedlich gehandhabt. Nach publizierten Erfahrungen erscheint gut ein Drittel der Patienten, die die HIV-PEP begonnen haben, nicht zu einer erneuten Vorstellung, und nur etwa 10% führen sie über die erforderlichen 4 Wochen Therapiedauer durch.

Die HIV-PEP sollte allerdings zwingend nach einer akuten Vergewaltigung thematisiert und das Für und Wider in jedem individuellen Fall sorgfältig abgewogen werden.

Die höchste Effektivität der HIV-PEP besteht bei Beginn bis 24 h, besser noch innerhalb von 1–2 h nach dem Ereignis. Sie kann mit abnehmender Wirksamkeit spätestens bis 72 h nach dem Ereignis erfolgen. Bei verfügbarem Täter besteht die Option, die HIV-PEP primär zu beginnen und nach negativer Testung des Täters zu beenden. Die hier exemplarisch vorgestellten Empfehlungen entsprechen den deutsch-österreichischen Leitlinien für Erwachsene der deutschen AIDS Gesellschaft (DAIG) (2013). Von der britischen CHIVA (Children's HIV Association – www.chiva.org.uk) sind Leitlinien zur PEP für Kinder und Jugendliche erstellt worden (Foster et al. 2015). Es sollte jedoch immer die Zusammenarbeit mit einem pädiatrischen HIV-Zentrum (Adressen unter www.kinder-aids.de/zentren.htm) gesucht werden.

10.4 Nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) meldepflichtige sexuell übertragbare Krankheiten

Das am 01.01.2001 in Kraft getretene und zuletzt 2013 geänderte Infektionsschutzgesetz (IfSG) löste das Geschlechtskrankheitengesetz und das Bundesseuchengesetz ab und enthält in § 6 eine Liste meldepflichtiger Krankheiten, bei denen der Krankheitsverdacht, die Erkrankung sowie der Tod namentlich zu melden sind.

Ebenfalls namentlich meldepflichtig ist der Nachweis von in § 7 IfSG gelisteten Krankheitserregern, soweit die Nachweise auf eine akute Infektion hinweisen. Danach ist die namentliche Meldung des direkten oder indirekten Nachweises mit Hinweisen auf eine akute Infektion erforderlich bei Hepatitis B und C, eine nichtnamentliche Meldung

ist vorgesehen für Treponema pallidum und HIV (§ 7 Abs. 3 IfSG).

Keine Meldepflicht gibt es für eine Infektion mit Gonokokken, auch nicht, wenn nach sexuellem Missbrauch das (minderjährige) Opfer an Gonorrhö erkrankt. Das gleiche gilt für Erreger, nach denen mittels Kulturen entsprechend den Empfehlungen der WHO gesucht werden soll: Chlamydia trachomatis und Trichomonas vaginalis, aber auch für den serologischen Nachweis von humanen Papillomaviren, wenn durch eine Typisierung der Übertragungsweg belegt werden kann.

Literatur

Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, Levitt CJ, Shapiro RA, Moles RL, Starling SP (2016) Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc Gynecol 29: 81–87. www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext

Amaya MI, Kellog ND (2011) Sexually transmitted infections. In: Kaplan R, Adams JA, Starling SP, Giardino AP: Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. STM Learning, St. Louis. S 167–212

Arzneitelegramm (2015) Notfallkontrazeptiva werden in Deutschland rezeptfrei. arznei-telegramm 46: 1-2

Banaschak S, Werwein M, Brinkmann B, Hauber I (2000) Human immunodeficiency virus type 1 infection after sexual abuse: value of nucleic acid sequence analysis in identifying the offender. Clin Infect Dis 31: 1098–1100

Black CM, Driebe EM, Howard LA et al. (2009) Multicenter study of nucleic acid amplification tests for detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in children being evaluated for sexual abuse. Pediatr Infect Dis J 28: 608–613

Beck-Sagué CM, Solomon E (1999) Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: Review of selected literature. Clin Infect Dis 28: S 74–S 83

Center for Disease Control and Prevention (CDC, 2015) STD Treatment Guidelines. Morbid Mortal Wkly Rep 64 (RR-03): 1-137. www.cdc.gov/std/tg2015/default.htm

Clarke J (1998) `How did she get these warts?' Anogenital warts and sexual abuse. Child Abuse Rev 7: 206–211

Connors JM, Schubert C, Shapiro R (1998) Syphilis or abuse: Making the diagnosis and understanding the implications. Pediatr Emerg Care 14: 139–142

Deutsche AIDS Gesellschaft (DAIG, 2013) Deutsch-Österreichische Leitlinien zur Postexpositionellen Prophylaxe der HIV-Infektion. AWMF Register-Nr.: 055/004. www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/055-004.html

Esernio-Jenssen D, Barnes E (2011) Nucleic Acid Amplification Testing in Suspected Child Sexual Abuse. J Child Sex Abuse 20: 612–621

Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (2013) DGPI-Handbuch. Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. 6. Auflage, Thieme, Stuttgart New York

Fajman N, Wright R (2006) Use of antiretroviral HIV post-exposure prophylaxis in sexually abused children and adolescents treated in an inner-city pediatric emergency department. Child Abuse Negl 30: 919–927

Foster C, Tudor-Williams G, Bamford A (2015) Post-Exposure Prophylaxis (PEP) Guidelines for children and adolescents potentially exposed to blood-borne viruses. CHIVA Guidelines. www.chiva.org.uk/files/2814/3575/6995/CHIVA_PEP_2015_final.pdf

Frasier L (2011) Sexually transmitted infections in children – epidemiology, diagnosis, and treatment. In: Jenny C: Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence. Elsevier Saunders, St. Louis. S 169–206

Gellert GA, Durfee MJ, Berkowitz CD, Higgins KV, Tubiolo VC (1993) Situational and sociodemografic characteristics of children infected with human immunodeficiency virus from pediatric sexual abuse. Pediatrics 91: 39–44

Girardet RG, Lahoti S, Howard LA et al. (2009a) Epidemiology of sexually transmitted infections in suspected child victims of sexual assault. Pediatrics 124: 79–86

Girardet Lemme S, Biasona TA, Boltona K, Lahoti S (2009b) HIV post-exposure prophylaxiss in children and adolescents presenting for reported sexual assault. Child Abuse Negl 33: 173–178

Havens PL and the Committee on Pediatric AIDS (2003, bestätigt 2007) AAP Clinical report: Postexposure prophylaxis in children and adolescents for nonoccupational exposure to human immunodeficiency virus. Pediatrics 111: 1475–1489. http://pediatrics.aappublications.org/content/111/6/1475

Hammerschlag MR (2011a) Sexual assault and abuse of children. Clin Infect Dis 53 (S3): S 103–S 109

Hammerschlag MR (2011b) Chlamydial and gonococcal infections in infants and children. Clin Infect Dis; 53 (S 3): S 99–S 102

Ingram DM, Miller WC, Schoenbach VL, Everett VD, Ingram DL (2001) Risk assessment for gonococcal and chlamydial infections in young children undergoing evaluation for sexual abuse. Pediatrics 107: e73 www.pediatrics.org/cgi/content/full/107/5/e73

Kelly P, Koh J (2006) Sexually transmitted infections in alleged sexual abuse of children and adolescents. J Paediatr Child Health 42: 434–440

Kohlberger P, Bancher-Todesca D (2007) Bacterial Colonization in Suspected Sexually Abused Children. J Pediatr Adolesc Gynecol 20: 289–292

LaCour DE, Trimble C (2012) Human papillomavirus in infants: Transmission, prevalence, and persistence. Pediatr Adolesc Gynecol 25: 93–97

Lindegren ML, Hanson IC, Hammett TA, Beil J, FleminS PL, Ward JW (1998) Sexual abuse of children: Intersection

with the HIV epidemic and the sexual transmission of HIV infection in children working group. Pediatrics 102: e46. http://pediatrics.aappublications.org/content/102/4/e46.full

Merchant RC, Keshavarz R (2001) Human immunodeficiency virus postexposure prophylaxis for adolescents and children. Pediatrics 108. e38 www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/2/e38

Myhre AK, Dalen A, Berntzen K, Bratlid D (2003) Anogenital human papillomavirus in non-abused preschool children. Acta Paediatr 92: 1445–1452

Neubert J et al. (2012) Leitlinie der Pädiatrische Arbeitsgemeinschaft AIDS (PAAD) e.V. zur antiretroviralen Therapie bei HIV-infizierten Kindern und Jugendlichen (2011). Klin Padiatr 224: 98–110

Rabe T, Goeckenjan M, Ahrendt HJ, Ludwig M, Merkle E, König K, Merki Feld G, Albring C (2011) Postkoitale Kontrazeption – Gemeinsame Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin (DGGEF) e.V. und des Berufsverbands der Frauenärzte (BVF) e.V. J Reproduktionsmed Endokrinol 8: 390-414

Rintala MAM, Grenman SE, Puranen MH et al. (2005) Transmission of high-risk human papillomavirus (HPV) between parents and infant: A prospective study of HPV in families in Finland. J Clin Microbiol 43: 376–381

Sinclair KA, Woods CR, Kirse DJ, Sinai SH (2005) Anogenital and respiratory tract human papillomavirus infections among children: Age, gender, and potential transmission through sexual abuse. Pediatrics 116: 815–825

Smith EM, Ritchie JN, Yankowitz J et al. (2004) Human papillomavirus prevalence and types in newborns and parents: Concordance and modes of transmission. Sex Transm Dis 31: 57–62

Thyen U, Schnitker A, Gerling I (2002) Ärztliches Verhalten bei sexuell übertragbaren Krankheiten im Kindesalter. In: Wolff HH, Wenzel J, v. Engelhardt D (Hrsg.) Ethik in der Dermato-Venerologie. Lübeck, Hansisches Verlagskontor. S 95–106

Unger ER, Fajman NN, Maloney EM et al. (2011) Anogenital human papillomavirus in sexually abused and nonabused children: A multicenter study. Pediatrics 128: e658–665

Differenzialdiagnosen zu Befunden nach sexuellem Missbrauch eines Kindes

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_11,

Neben den normalen Befunden, Normvarianten und unspezifischen Befunden gibt es eine Anzahl wichtiger Differenzialdiagnosen, die bei der medizinischen Beurteilung von Befunden möglicherweise missbrauchter Kinder zu berücksichtigen sind. Aufgrund der erheblichen psychosozialen und juristischen Implikationen einer falsch positiven Diagnose eines sexuellen Kindesmissbrauchs ist die Kenntnis dermatologischer, infektiöser, systemischer und anderer Erkrankungen im Anogenitalbereich von großer Bedeutung. Dies gilt insbesondere angesichts der geringen Rate diagnostischer Befunde bei missbrauchten Kindern. Die Differenzierung kann nach der Ätiologie (Tab. 11.1) oder nach dem klinischen Bild (Tab. 11.2 und Tab. 11.3) erfolgen.



Abb. 11.1 Typische außen und einseitig gelegene genitale Unfallverletzung der großen Labien

11.1 Akzidentelle genitale Verletzungen

Akzidentelle genitale Verletzungen geben nicht selten Anlass zur Sorge, die Verletzungen könnten auf einer sexuellen Traumatisierung beruhen. Das Muster der Verletzung und die begleitende Anamnese liefern jedoch in den meisten Fällen ausreichende Informationen zur Differenzierung von einem Missbrauchstrauma. Die meisten Unfälle ereignen sich, wenn Kinder rittlings auf Gegenständen sitzen und dann abrutschend auf harte Objekte wie einen Fahrradholm oder ein Möbelteil mit dem Genitalbereich aufprallen. Üblicherweise führt dies zu einer (oft asymmetrischen) Prellung der äußeren genitalen Strukturen, die zwischen dem einwirkenden Objekt und den darunter liegenden Knochen gequetscht werden. Die Verletzungen betreffen die Labia majora und minora und die Klitoris und selten die tiefer und geschützt liegenden Strukturen wie das Hymen und die »posterior fourchette« (Abb. 11.1 und Abb. 11.2).

Bei Jungen sind Reißverschlüsse und Toilettendeckel klassischerweise verantwortlich für Unfallmechanismen, die zu Verletzungen der Glans penis, seltener des Skrotums führen.

11

Tab. 11.1 Differenzialdiagnosen anogenitaler Befunde nach Ätiologie

Trauma	Akzidentelle Verletzungen
Infektionen	Unspezifische Vulvovaginitiden, β-hämolysierende Streptokokken der Gruppe A, Impetigo, Varizellen, Mollusca contagiosa, EBV, Oxyuriasis, Tinea corporis, CMV
Hauterkrankungen	Lichen sclerosus, Psoriasis, Kontaktdermatitis, lichenoide Dermatosen (Lichen planus, Lichen striatus und Lichen niditus), linearer epidermaler Nävus, pseudoverruköse Papeln und Knötchen, seborrhoische Dermatitis
Systemische/genetische Erkrankungen	Medikamentenausschlag, bullöses Pemphigoid, Pemphigus vulgaris, Behçet-Krankheit, Langerhans-Zellhistiozytose, Darier-Krankheit
Vaskuläre Fehlbildungen	Hämangiome
Strukturelle Veränderungen	Urethralprolaps
Haut- und vaginale Blutungen	Tab. 11.3

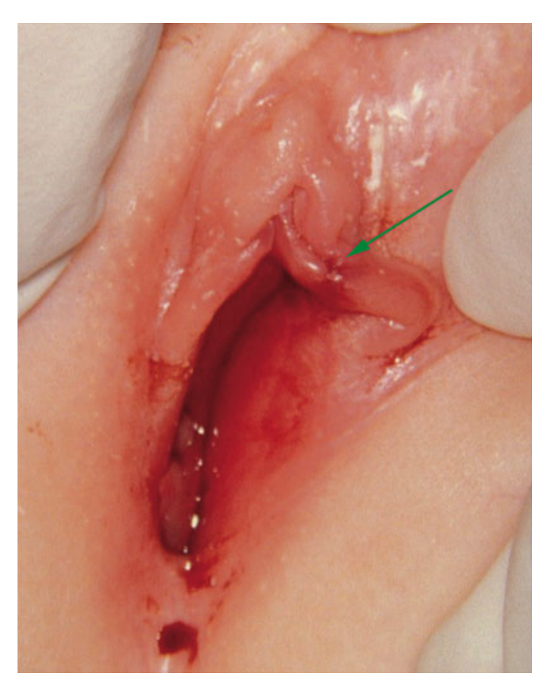
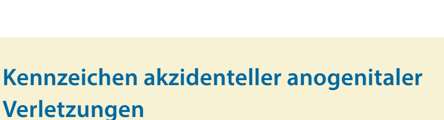


Abb. 11.2 Typische einseitig gelegene genitale Unfallverletzung (Pfeil) der kleinen Labien



Abb. 11.3 Ausgedehnte Rissverletzung vom Perineum bis in die Fossa navicularis durch abruptes Grätschtrauma beim Inlineskaten



Kennzeichen akzidenteller anogenitaler Verletzungen

- Überwiegend geringfügig, oberflächlich
- Meist anterior, äußerlich, einseitig gelegen
- Tiefer und geschützt liegende Strukturen (Hymen) sind selten durch einen akzidentellen Mechanismus betroffen
- Akutes Aufsuchen ärztlicher Behandlung
- Anamnese akut, spontan, konsistent und konstant

Ausnahmen stellen seltene Fälle von akzidentellen penetrierenden Verletzungen (»Pfählungsverletzungen«) dar, beispielsweise durch Spielzeug bei Hineinrutschen in eine Badewanne (Boos 1999). Diese sind vom Befundmuster alleine nicht von einem Missbrauchsbefund differenzierbar. Andere in der Literatur berichtete Verletzungsmechanismen sind ausgedehnte anogenitale Verletzungen durch das Überrollen mit einem KfZ, ein posteriorer Einriss der Vaginalwand durch einen Unfall auf einer Wasserrutsche, eine genitale Verletzung durch einen Sicherheitsgurt bei einem Autounfall und ausgedehnte, bis ans Hymen reichende Einrisse des Perineums durch ein abruptes Grätschtrauma beim Inlineskaten (Herrmann u. Crawford 2002) (Abb. 11.3).

Alle Arbeiten betonen die herausragende Bedeutung der Anamnese, die üblicherweise spontan berichtet wird und ein akutes, dramatisch erlebtes Trauma schildert. Die Anamnese korrespondiert mit den diagnostizierten Verletzungen und ändert sich nicht über die Zeit; auch die Angaben der verschiedenen betreuenden Erwachsenen oder zwischen den Betreuern und dem Kind bleiben konstant. Das unmittelbare Aufsuchen medizinischer Hilfe spricht ebenfalls für die Diagnose einer akzidentellen genitalen Verletzung.

11.2 Infektiöse Erkrankungen

Im Anogenitalbereich lokalisierte infektiöse Erkrankungen können mit Hautreizungen und Abrasionen nach genitaler Manipulation verwechselt werden,

Tab. 11.2 Differenzialdiagnosen anogenitaler Befunde nach klinischem Bild

Anogenitale Warzen	Anogenitale Ulzerationen und Blasen
Condylomata acuminata (▶ Kap. 10.2)	HSV Typ 1 und 2 (▶ Kap. 10.2)
Condyloma lata (▶ Kap. 10.2)	Varizellen
Verruca vulgaris	EBV-Infektion
Kutaner M. Crohn	M. Crohn (anogenitale Fisteln)
Mollusca contagiosa	Behçet-Krankheit
Pseudoverruköse Papeln und Knötchen	Pemphigus vulgaris
Darier-Krankheit	Bullöses Pemphigoid
Neurofibromatose	Epidermolysis bullosa
Lymphangioma circumscriptum	
Linearer epidermaler Nävus	

mit Blasen und Ulzerationen bei HSV-Infektionen oder mit warzenartigem Aussehen bei Condylomata acuminata. Am häufigsten wird in dem Zusammenhang die Vulvovaginitis genannt. Weitere Beispiele sind in Tab. 11.2 dargestellt.

Rezidivierende unspezifische Vulvovaginitiden

Rezidivierende Vulvovaginitiden sind oft ein Anlass zur Sorge, insbesondere, wenn sie im Kontext von Sorgerechtsstreitigkeiten beobachtet werden. Das Kind, das vom getrennt lebenden Vater nach einem Wochenendbesuch mit geröteten Genitalien zurückkehrt, kann ebenso gut einen väterlichen Mangel an Hygiene erlebt haben oder dessen Abneigung, die Genitalregion adäquat zu pflegen, weil er eben die Anschuldigungen des sexuellen Missbrauchs fürchtet. Dennoch können Manipulationen oder Reiben des Penis im Vestibulum vaginae (»vestibular coitus«) in Einzelfällen natürlich auch oberflächliche Abschürfungen und entzündliche Veränderungen der Haut im Anogenitalbereich verursachen. Obwohl nicht offengelegter sexueller Missbrauch eines Kindes zur elterlichen Trennung beitragen kann, berichtet die Literatur in diesem Kontext keine vermehrte Häufigkeit von sexuellem Missbrauch als Ursache rezidivierender Vulvovaginitiden.

Eine Vulvovaginitis ist das häufigste kindergynäkologische Problem überhaupt und umfasst ein breites Spektrum an Differenzialdiagnosen (▶ Übersicht). Am häufigsten sind präpubertäre Infektionen durch Hygienemängel oder eine Kontaktdermatitis. Unklare und rezidivierende Vaginitiden erfordern eine gründliche kindergynäkologische Untersuchung und Aufarbeitung. Bakteriologische Abstriche sollten dabei intravaginal, also hinter dem Hymen entnommen werden. Die Entnahme im äußeren Vestibulum weist in der Regel lediglich Darmkeime ohne pathogene Bedeutung nach. Vorsicht ist geboten bei dem häufig von Laien oder nicht kindergynäkologisch erfahrenen Kollegen als Infektion fehlgedeuteten stark vaskularisierten Aspekt und der damit »rot und entzündet« wirkenden normalen genitalen Schleimhaut.

Auch wenn vaginaler Fluor bei missbrauchten Mädchen in Studien häufiger auftritt als in den Kontrollgruppen, sind andere medizinische Ursachen in den allermeisten Fällen dafür verantwortlich.

Differenzialdiagnose der Vulvovaginitis

- Soor (präpubertär nur äußerlich – präpubertär gibt es aufgrund des hohen pH-Wertes keine intravaginalen Mykosen)
- Windeldermatitis, Sandkastenvulvitis
- Fremdkörper
- Unspezifisch, Hygienemängel
- Bade- oder Duschzusätze
- »Gynäkologischer Schnupfen« (Begleitreaktion bei viralen Atemwegsinfekten)
- Physiologische Leukorrhö
- Konnatale oder erworbene Geschlechtskrankheiten (selten)
- Missbrauch (selten)
- Vaginale Oxyurenbesiedelung

Symptomzuordnung der Vulvovaginitis
- Vulvitis: geringer Schmerz nach Beginn der Miktion, kaum Miktionsangst
- Urethritis: starker Schmerz zu Beginn der Miktion, Angst vor der Miktion
- Zystitis: geringer Schmerz am Ende der Miktion, kaum Miktionsangst

Therapie Therapeutisch sind neben der Hygieneberatung meist Sitzbäder mit Kleiezusatz, Tanninen oder Polyvidonjodlösung effektiv. Kamille ist aufgrund der potenziellen Allergenität zurückhaltend einzusetzen. Antibiotische Therapien aufgrund des Nachweises von Darmkeimen aus dem äußeren Scheidenbereich sind ineffizient und nicht indiziert. Aufgrund der guten Verträglichkeit kann ex juvantibus eine Behandlung mit Mebendazol oder Pyrantel gegen etwaige Oxyuren erfolgen.

11.2.1 Infektionen mit β-hämolysierenden Streptokokken

Eine Infektion durch β-hämolysierende Streptokokken der Gruppe A kann eine hochrote, stark entzündliche, ödematöse, genitale oder perianale Entzündung verursachen. Diese kann von verschiedensten Formen eines Fluors begleitet sein: dünn-serös, dick-rahmig, blutig, weiß, gelb oder grün. Spezifische Kulturen müssen ausdrücklich angefordert werden, da Streptokokken nicht auf routinemäßig verwendeten Medien wachsen. Die Behandlung wird entsprechend der Streptokokkentonsilleninfektion mit einer 7-tägigen oralen Penicillintherapie (Phenoxypenicillin-Benzathin (InfectoBicillin Saft 750), 50.000 IE/kgKG in 2 ED p.o.) durchgeführt.

11.2.2 Weitere Infektionen oder Infestationen

Oxyuren können durch lokale Reizung zu einem Ausschlag perianal oder auf der Vulva sowie zu einer Vaginitis führen. Sie werden mit einer einmaligen Gabe Pyrantel (Helmex 10 mg/kgKG ab 7 Monaten) Pyrviniumembonat (Molevac u. a., 5 mg/kgKG ab 4 Monaten) oder Mebendazol (Vermox 100 mg absolut ab 2 Jahren, 2-malig im Abstand von 14 Tagen) behandelt. Genitale Bläschen oder Ulzerationen werden bei Varizellen (Abb. 11.4), Mollusken, EBV-Infektionen und Impetigo beobachtet.

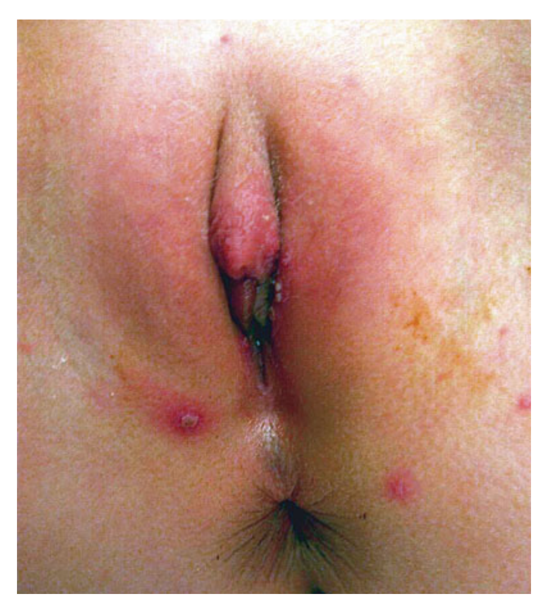


Abb. 11.4 Genital gelegene Varizelleneffloreszenzen

11.3 Hauterkrankungen

Dermatologische Erkrankungen, die von sexuellen Missbrauchsbefunden abgegrenzt werden müssen, umfassen unspezifische Exantheme, Kontaktdermatitis, Hautirritationen durch schleimhautreizende Substanzen (Schaumbad, Seifen, kosmetische Pflegeprodukte) oder Hygienemängel. Weiterhin sind zu nennen: Windeldermatitis und Windelsoor, seborrhoische Dermatitis, Psoriasis, lichenoide Dermatosen (Lichen planus, Lichen striatus und Lichen niditus), linearer epidermaler Nävus und pseudoverruköse Papeln und Knötchen, eine benigne Erscheinung, die mit chronischen Hautirritationen assoziiert ist.

Lichen sclerosus

Am eindrücklichsten und am ehesten zu einer Fehldiagnose verleitend ist der Lichen sclerosus. Klinisch imponiert diese schubweise verlaufende,



Abb. 11.5 Typischer Aspekt eines Lichen sclerosus et atrophicus mit perianogenitaler Abblassung (Achterfigur; »Sanduhr«), pergamentartiger Hautatrophie und Hauteinblutungen



Abb. 11.6 Perianaler Lichen sclerosus

chronische autoimmune Dermatose anfangs durch weiße, wenig erhabene Papeln, die sich im Verlauf als weiße Plaques ausbreiten und konfluieren. Die Haut wirkt brüchig, »zigarettenpapierartig« und atroph (Abb. 11.5 und Abb. 11.6). Sie ist äußerst anfällig gegenüber geringfügigen Traumata wie dem Abwischen mit Toilettenpapier oder banalen Verletzungen im Genitalbereich. Häufig führt dies zu Fissuren oder subepidermalen, teils schweren Einblutungen. Diese können auch spontan auftreten und dann den Eindruck eines zurückliegenden Traumas vermitteln.

Es besteht in der akuten Phase ein erheblicher Juckreiz, der durch die nachfolgenden Manipulationen der Kinder zu einer weiteren Verschlechterung des Hautzustandes führt. Die typische Präsentation chronischer, fortgeschrittener Krankheitsbilder vermittelt den Eindruck einer »Sanduhr«, ein Bezirk verminderter Pigmentierung, der in Form einer Achterfigur um die Labia majora und den Anus zieht. Bei Jungen ist der Lichen sclerosus vermutlich die häufigste Ursache narbiger Phimosen, kann aber auch zu Blutungen des Präputiums führen (Abb. 11.12). 7–14% betroffener Mädchen haben zusätzliche autoimmunologische Erkrankungen wie eine Autoimmunthyroiditis, seltener perniziöse Anämie, Vitiligo, Morphea, Alopecia areata, Zöliakie oder Typ-1-Diabetes.

Therapie

Therapeutisch wird in einem differenzierten Stufenschema eine gute Basishautpflege, sorgfältige Anogenitalhygiene, Vermeiden zu enger Kleidung, reizender Substanzen und Traumata (z. B. Reiten oder Radfahren) und Juckreizstillung (Antihistaminika) empfohlen. Bei akuten Exazerbationen sind in der Regel hochpotente topische Steroide der Klasse IV indiziert: Clobetasol 0,05% (z. B. Dermoxin, Clobegalen) oder Betamethason 0,1% (z. B. Betnesol-V). Diese werden über 2 Wochen 1- bis 2-mal täglich appliziert und dann je nach Verlauf und Rückbildung der Symptome adaptiert ausgeschlichen (z. B. 1 Woche 2-mal tgl., 1 Woche 1-mal tgl., 1 Woche jeden 2. Tag, 1 Woche 2-mal/Woche).

Topische Immunmodulatoren wie Tacrolimus (Protopic Salbe 0,1%) oder Pimecrolimus (Elidel 1% Creme), jeweils einmal/Tag über 4 Wochen, können in schweren, therapieresistenten Fällen versucht werden. Die Effizienz ist uneinheitlich, die Zulassung für diese Indikation fehlt, und es wird aufgrund vereinzelter Beobachtungen karzinogener Effekte in hohen Dosen bei Versuchstieren zu einem restriktiven Einsatz geraten. Die Anwendung darf in solchen Fällen nur nach entsprechend gründlicher Aufklärung als »Off-Label-Use« erfolgen.

11.4 Systemische Erkrankungen

Systemische Erkrankungen, die zu auffälligen anogenitalen Befunden führen können, sind allergische Reaktionen auf Medikamente, eine Langerhans-Zellhistiozytose und im Kindesalter seltene Erscheinungen wie bullöses Pemphigoid, Pemphigus vulgaris, Behçet-Krankheit und Darier-Krankheit.

11.5 Blutungen im Anogenitalbereich

Hierbei wird häufig vorschnell ein ursächlich zugrunde liegender sexueller Kindesmissbrauch angenommen. Viel häufiger sind jedoch andere Ursachen. Die Differenzialdiagnose zeigt Tab. 11.3.

Urethrale Blutungen

Urethrale Blutungen werden eher von einem urethralen Prolaps als durch einen Missbrauch verursacht. Auch Polypen, Hämangiome oder Papillome der Urethra können zu Blutungen führen.



Abb. 11.7 Neonatale hormonelle Entzugsblutung

Vaginale Blutungen

Vaginale Blutungen erfordern eine sorgfältige Untersuchung und Differenzierung der zugrunde liegenden Ursachen. Am häufigsten werden sie durch eine Vaginitis (in etwa 70%) verursacht. Andere weniger häufige Ursachen umfassen eine Pubertas praecox vera, eine isolierte prämature Menarche (Ausschlussdiagnose), ein Sarcoma botryoides (embryonales Rhabdomyosarkom), einen vaginalen Fremdkörper oder die innerliche oder äußerliche Anwendung hormoneller Medikamente.

Trotz der in Fällen präpubertärer vaginaler Blutungen zwingend indizierten Vaginoskopie lässt sich ein Teil der Blutungen nicht ätiologisch klären. Auch eine artifizielle Beibringung oder Vortäuschung im Rahmen eines Münchhausen-Syndroms-by-Proxy (MSbP) ist zu bedenken. Postnatal kann es zu physiologischen Entzugsblutungen kommen (Abb. 11.7).

Tab. 11.3 Differenzialdiagnose anogenitaler Blutungen nach Lokalisation

Blutungslokalisation	Differenzialdiagnosen
Hautblutungen	Lichen sclerosus, Leukämie, disseminierte intravasale Koagulation (DIC), Purpura fulminans, Hämophilie, von-Willebrand-Krankheit, Immunthrombozytopenie und andere Gerinnungsstörungen, Vaskulitiden (Purpura Schoenlein-Henoch), Hämangiome
Urethrale Blutungen	Urethralprolaps, Polypen, Hämangiome oder Papillome der Urethra
Vaginale Blutungen	Vaginitis (70%), Pubertas praecox, Sarcoma botryoides (embryonales Rhabdomyosarkom), vaginaler Fremdkörper, hormonelle Medikation
Artifiziell	Münchhausen-Syndrom-by-Proxy, körperliche Misshandlung



Abb. 11.8 Perianales Hämangiom sowie der Vulva bzw. Labia minora

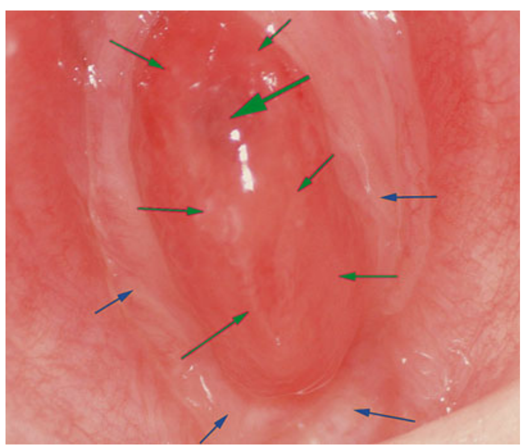


Abb. 11.9 Glasig geschwollen imponierender, in den Introitus ragender Urethralprolaps *(dünne grüne Pfeile)*, Urethralöffnung im oberen Drittel *(kräftiger grüner Pfeil)*; Hymen randständig verdrängt *(blaue Pfeile)*

11

Hämangiome

Hämangiome des Hymens, der Scheide oder der Schamlippen können den Eindruck eines Hämatoms erwecken oder aber bluten und ulzerieren (Abb. 11.8). Sie können in manchen Fällen postnatal zunächst nicht auffallen und dadurch oder durch den klinischen Aspekt mit einem Hämatom als Missbrauchsbefund verwechselt werden.

11.6 Kongenitale und erworbene strukturelle Veränderungen

Fehlende Fusion der Mittellinie oder perineale Rinne

Es handelt sich um eine mesodermale Fehlbildung, die einem frischen Hautdefekt oder Narbengewebe ähneln kann (Abb. 9.22). Als isoliertes Phänomen bildet sie sich oft in den ersten zwei Lebensjahren, spätestens bis zur Pubertät zurück. Manchmal ist sie aber auch mit einem anteponierten Anus (Abstand Anus bis zum Frenulum labiorum pudendi minorum bei weiblichen Neugeborenen unter 1 cm, bei Jungen < 1,7 cm) vergesellschaftet. In diesen Fällen sollte eine anale Fehlbildung (Analatresie mit als Anus imponierender Fistel, Analstenose) kinderchirurgisch ausgeschlossen werden (▶ Kap. 9.2.2).

Urethralprolaps

Dieser imponiert als erbsen- bis kirschgroße hämorrhagische Schwellung oberhalb oder im Introitus vaginae (Abb. 11.9) und kann bei der Untersuchung bereits wieder spontan zurückgebildet sein. Die auf eine Bindegewebsschwäche zurückgehende Erscheinung wird gehäuft bei afroamerikanischen Mädchen beobachtet und ist relativ häufig Ursache genitaler Blutungen. Die Therapie besteht in adstringierenden Sitzbädern (Tannine, z. B. Tannolact oder Tannosynt). Die Prognose ist gut.

11.7 Differenzialdiagnose analer Befunde

Anale Befunde, die von einem Missbrauch differenziert werden müssen, sind:

- **Fissuren** bei chronischer Obstipation (Adams 2016: Klasse-1-Befund!),
- **M. Crohn** (auch genital möglich; Abb. 11.10),
- **Rektumprolaps** (Abb. 11.11 – Vorkommen bei 20% der Kinder mit Pankreasinsuffizienz, insbesondere bei Mukoviszidose, bei Malnutrition, chronischer Obstipation, chronischen Durchfällen; bei Immigrantenkindern aus Drittweltländern an Ancylostoma duodenale denken!),



Abb. 11.10 Genitale Fisteln und entzündliche Veränderungen bei M. Crohn



Abb. 11.11 Rektumprolaps

- Perianale **entzündliche Veränderungen** (Streptokokken der Gruppe A (Abb. 11.12), Herpes-simplex-Virus, Zytomegalieviren).

11.8 Differenzialdiagnose von männlichen Genitalbefunden

Genitalbefunde bei Jungen, die von einem Missbrauch (z. B. Saugmarken am Penis) oder auch einer körperlichen Misshandlung (Kneifmarken, Ligaturen als Bestrafung bei fehlgeleiteter Sauberkeitserziehung) differenziert werden müssen, betreffen wie beim Mädchen Unfallereignisse (Quetschwunden durch Reißverschluss, Schranktür oder anderes). Beim Lichen sclerosus sind ebenfalls Fälle beschrieben, bei denen Einblutungen in die Glans penis bzw. unter das Präputium zu einem Missbrauchsverdacht geführt haben (Abb. 11.13 a und b). Bei einer Purpura Schönlein Henoch kommt es in etwa 13% zu einem ausgeprägten Scrotalhämatom, das mit einer Hodentorsion verwechselt werden kann. Deutlich seltener findet sich zusätzlich oder isoliert ein Penishämatom und eine Penisschwellung (Abb. 11.14). Die begleitenden purpuratypischen Effloreszenzen an Beinen oder Gesäß können dabei diskret sein oder sogar fehlen.



Abb. 11.12 Anale Infektion durch Streptokokken der Gruppe A



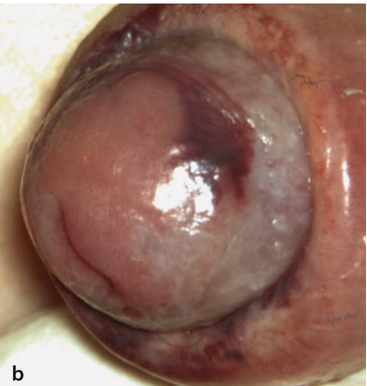




Abb. 11.13a, b, c Hämatome der Glans penis bei Lichen sclerosus: **a** und **b** akut, **c** im Verlauf



Abb. 11.14 Penishämatom bei Purpura Schönlein Henoch

Literatur

Balevic S, Taylor M, Amaya M (2013) Penile and Scrotal Swelling Mimicking Child Abuse. Clin Pediatr 2013 52: 988–990

Banaschak S, Brinkmann B (1999) The role of clinical forensic medicine in cases of sexual child abuse. For Sci Int 99: 85–91

Bond GR, Dowd MD, Landsman I, Rimsza M (1995) Unintentional perianal injury in prepubescent girls: a multicenter, prospective report of 56 girls. Pediatrics 95: 628–631

Boos SC (1999) Accidental hymenal injury mimicking sexual trauma. Pediatrics 103: 1287–1289

Boos SC, Rosas AJ, Boyle C, McCann J (2003) Anogenital injuries in child pedestrians run over by low-speed motor vehicles: Four cases with findings that mimic child sexual abuse. Pediatrics;112:e77-e84

Frasier L (2011) Medical conditions that mimic sexual abuse. In: Kaplan R, Adams JA, Starling SP, Giardino AP: Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. STM Learning, St. Louis, S 145–166

Herrmann B, Crawford J (2002) Genital injuries in prepubertal girls from inline skating accidents. Pediatrics 110: e 16 pediatrics.org/cgi/content/full/110/2/e16

Herrmann B, Veit S, Neises M (1998) Lichen sclerosus et atrophicus. Wichtige Differentialdiagnose zu sexuellem Mißbrauch von Kindern. Päd Prax 55: 319–324

Hornor G (2009) Common Conditions That Mimic Findings of Sexual Abuse. J Paediatr Health Care 23: 283–288

Isaac R, Lyn M, Triggs N (2007) Lichen Sclerosus in the differential diagnosis of suspected child abuse cases. Pediatr Emerg Care 23: 482–485

Kellogg ND, Frasier L (2009) Conditions mistaken for child sexual abuse. In: Reece RM, Christian CW (eds) Child abuse: Medical diagnosis and management, 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, pp 389–426

Mallants C, Casteels K (2008) Practical approach to childhood masturbation – A review. Eur J Pediatr 167: 1111–1117

Mogielnicki NP, Schwartzman JD, Elliott JA (2000) Perineal group A streptococcal disease in a pediatric population. Pediatrics 106: 274–281

Sugar NF, Feldman KW (2007) Perineal impalements in children: Distinguishing accidents from abuse. Pediatr Emerg Care 23: 605-616

Vunda A, Vandertuin L, Gervaix A (2011) Urethral prolapse: An overlooked diagnosis of urogenital bleeding in premenarcheal girls. J Pediatr 158: 682–683

C Vernachlässigung, emotionale Misshandlung und mangelnde Fürsorge

Vernachlässigung und mangelnde Fürsorge

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_12, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Eine Definition des Begriffs »Kindesvernachlässigung« hängt davon ab, welche Fürsorge für Kinder als ausreichend und welche als Vernachlässigung bewertet wird. Dies ist von gesellschaftlichen Normen abhängig, die einem ständigen Wandel unterworfen sind.

12.1 Hintergrund und Begriffsbestimmung

Bei Vernachlässigung und Verwahrlosung können als Normen nur sehr abstrakte und wenig konkrete Rechtsgüter herangezogen werden, wie z. B. das Recht der Kinder auf eine möglichst weitgehende Verwirklichung ihres Entwicklungspotenzials. Vernachlässigung ist zu definieren im Spannungsfeld der Rechte des Kindes gemäß der UN-Kinderrechtskonvention und der Verantwortung von Eltern und Gesellschaft, diese Rechte zu verwirklichen (Abb. 12.1).

Körperliche Vernachlässigung

Zur körperlichen Vernachlässigung gehören mangelnde Ernährung, unzureichende Pflege und gesundheitliche Fürsorge bis hin zur völligen Verwahrlosung. Körperliche Zeichen einer Vernachlässigung, insbesondere bei jungen Kindern, sind die nichtorganische Gedeihstörung, die Folgen gravierender Fehl- und Mangelernährung und das Auftreten vermeidbarer Erkrankungen wie Rachitis oder Infektionskrankheiten bei versäumten Impfungen. Zunehmend wird auch die massive Überernährung mit schwerer Adipositas bei unzureichender Mitwirkung der Eltern, das Problem abzuwenden, oder das Passivrauchen als Hinweis für eine Kindeswohlgefährdung durch Vernachlässigung der körperlichen Gesundheitsfürsorge bewertet; diese Formen werden in der Regel auch im Kontext unzureichender elterlicher emotionaler Fürsorge angetroffen.

Emotionale Vernachlässigung

Seelische Vernachlässigung bedeutet die unzureichende Beachtung und Erfüllung der Entwicklungsbedürfnisse des Kindes nach sozialer Bindung und emotionaler Verbundenheit. Sie zeigt sich klinisch in mangelnder Anteilnahme und Interesse seitens des Kindes, durch zurückgezogenes oder distanzloses Verhalten und in Entwicklungsrückständen, insbesondere in der sozial-emotionalen und sprachlichen Entwicklung.

Die Vernachlässigung stellt eine besondere Form sowohl der körperlichen als auch der seelischen Kindesmisshandlung dar. Eltern können Kinder vernachlässigen, indem sie ihnen Zuwendung, Liebe und Akzeptanz, Betreuung, Schutz und Förderung verweigern, oder indem die Kinder körperlichen Mangel erleiden müssen.

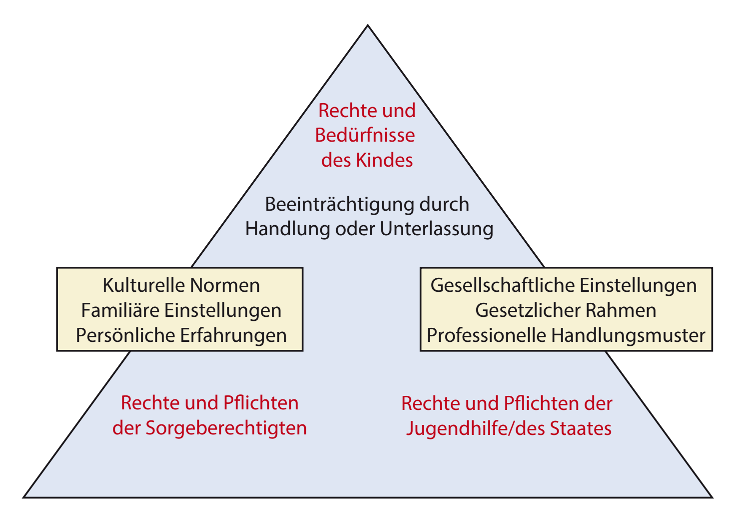


Abb. 12.1 Vernachlässigung im Spannungsfeld von Kindeswohl und Verantwortung von Familie und Gesellschaft

Ein Verständnis der Auswirkungen von Vernachlässigung erfordert Kenntnisse der altersabhängigen Bedürfnisse und Entwicklungsaufgaben des Kindes. Von Bedeutung ist außerdem das Wissen um Anhaltspunkte für bedeutsame Entwicklungsverzögerungen in verschiedenen Entwicklungsbereichen sowie Kenntnisse über die Auswirkungen verschiedener Erziehungsstile und Fürsorgekompetenz der Eltern. Meistens überlappen sich verschiedene Formen der Vernachlässigung, d. h. körperliche, soziale und emotionale Vernachlässigung gehen oft miteinander einher.

Vernachlässigung

Deegener u. Körner (2005) definieren Vernachlässigung als eine ausgeprägte, andauernde oder wiederholte Beeinträchtigung oder Schädigung der Entwicklung von Kindern durch die sorgeberechtigten und -verpflichteten Personen. Dies geschieht durch unzureichende Pflege und Kleidung, mangelnde Ernährung und gesundheitliche Fürsorge, zu geringe Beaufsichtigung und Zuwendung, nachlässigen Schutz vor Gefahren sowie durch nicht hinreichende Anregung und Förderung motorischer, geistiger, emotionaler und sozialer Fähigkeiten.

Die WHO schränkt ein, dass die Definition von Vernachlässigung als einer Form der Kindesmisshandlung nur dann gilt, wenn der Familie ausreichende Ressourcen zur Verfügung stehen.

> Neglect refers to the failure of a parent to provide for the development of the child – where the parent is in a position to do so – in one or more of the following areas: health, education, emotional development, nutrition, shelter and safe living conditions. Neglect is thus distinguished from circumstances of poverty in that neglect can occur only in cases where reasonable resources are available to the family or caregiver. (World Health Organization 2002)

Die andauernde oder wiederholte Unterlassung fürsorglichen Handelns kann aktiv oder passiv, aufgrund unzureichender Einsicht oder unzureichenden Wissens erfolgen. Sie ist Ausdruck einer stark beeinträchtigten Beziehung zwischen Eltern und Kind. Die langfristigen Auswirkungen von Vernachlässigung sind wegen der Chronizität, der Auswirkungen auf das sich entwickelnde, unreife Gehirn bei gleichzeitiger Angewiesenheit des Kindes auf die Erfüllung der Grundbedürfnisse besonders gravierend; sie können zu bleibenden Schäden in der geistigen und sozial-emotionalen Entwicklung oder gar zum Tode des Kindes führen.

Wegen dieser möglichen Folgen hat sich in Deutschland gerade bei Vernachlässigung der *Begriff einer Kindeswohlgefährdung* in der Sozialgesetzgebung und der Jugendhilfe etabliert. Er unterscheidet zwischen aktiven Handlungen oder Unterlassungen der Erziehungsberechtigten ebenso wenig wie zwischen kontextbezogenen Faktoren wie z. B. familiären Lebensumständen oder individuellen Faktoren bei den Sorgeberechtigten. Einerseits bedeutet dies, dass internationale Vergleiche schwierig sind, weil in allen anderen Datenerhebungen zwischen den Formen körperliche und sexuelle Misshandlung und Vernachlässigung (letztere meist nicht in verschiedene Formen differenziert) unterschieden wird. Andererseits bietet diese an den Entwicklungspotenzialen und Rechten des Kindes orientierte Wahrnehmung den Vorteil, dass, um Hilfen anzubieten, kein schuldhaftes Handeln der Sorgeberechtigten Voraussetzung für einen Eingriff in die Autonomie der Familie ist. Es wird deutlich, dass hier keine Probleme entstehen, wenn die Familie die angebotenen Hilfen aus eigener Einsicht annimmt, weil sie als stärkend, passgerecht und bedarfsbezogen erlebt werden, und die Eltern diese Hilfen zur Erziehung selbst beantragen. Gerade im Bereich der Vernachlässigung, die häufig durch umweltbezogene Risiken begünstigt wird, die durch die Mitwirkung der Sorgeberechtigten abgewendet werden sollen, entsteht ein weiter Ermessensspielraum und Potenzial für unangemessene Interventionen in Familien durch die Jugendhilfe. Insbesondere vernachlässigende, marginalisierte Familien sehen hier wenige Möglichkeiten, sich aktiv an der Hilfeplanung zu beteiligen. Die Aktivierung der Selbstwirksamkeit und die Mediation von Konflikten kann ein wesentlicher Teil des Verständigungsprozesses sein.

Epidemiologie

Aufgrund der Schwierigkeiten in der Definition des Begriffes »Vernachlässigung« und der Unschärfe der Bestimmung einer Kindeswohlgefährdung liegen bislang keine verlässlichen Daten zum Ausmaß der Vernachlässigung von Kindern in Deutschland vor. Mit dem 2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz werden nun die Jugendämter verpflichtet, Meldungen im Zusammenhang einer Gefährdungseinschätzung (§ 8a Abs. 1 SGB VIII) zur Kinder- und Jugendhilfestatistik beizutragen. Im Jahr der erstmaligen Erhebung wurden rund 106.000 Meldungen weitergeleitet, bei rund 38.300 Fällen wurde eine manifeste oder latente Kindeswohlgefährdung dokumentiert. Da es sich um das erste Jahr der Erhebung handelt, ist von einer Untererfassung auszugehen. Weiterhin zeigten sich große Variationen zwischen den Bundesländern. In den Stadtstaaten sind die Meldungen bezogen auf die Bevölkerung größer als in Flächenländern, wobei sich auch hier eine Variation in den Bundesländern zwischen 162,4/10.000 Kindern und Jugendlichen < 18 Jahre in Mecklenburg-Vorpommern und 52,4 in Baden-Württemberg zeigt. Etwa ein Viertel der Gefährdungsmeldungen betrifft Kinder unter drei Jahren. Die Zahl der Inobhutnahmen stieg von 2005 von 3.154 auf 6.583 im Jahr 2012, wobei der Anstieg bei den unter 3-Jährigen besonders stark ausfiel. In zwei Drittel der Fälle waren Formen der Vernachlässigung sowohl bei akuter als bei auch latenter Kindeswohlgefährdung die Ursache für die Meldung (Kaufhold u. Pothmann, 2014)

Diese Daten decken sich mit den Erfahrungen aus den Vereinigten Staaten. Aus den Meldungen des amerikanischen Pflichtmeldesystems wird vom US Department of Health & Human Services jährlich der sog. National Child Abuse and Neglect Data Survey (NCANDS) erhoben und öffentlich zugänglich gemacht (http://ndacan.cornell.edu/). Er beschreibt für das Jahr 2013 bei 678.932 bestätigten von 3,9 Millionen gemeldeten Verdachtsfällen einen Anteil von 79,5% Vernachlässigungen. 71% von 1.484 gesicherten Todesfällen im Meldesystem der USA gingen 2013 allein auf Vernachlässigung zurück, 46,8% auf körperliche Misshandlung oder eine Kombination verschiedener Formen. Somit waren deutlich mehr Todesfälle auf eine Vernachlässigung zurückzuführen als auf eine körperliche Misshandlung. Im Unterschied zu gemeldeten Zahlen liegt die Prävalenz bei Selbstberichten von Betroffenen in der Bevölkerung um ein Mehrfaches höher. Eine Übersicht über epidemiologische Studien mit Befragungen von erwachsenen Personen zur Prävalenz von Vernachlässigung in der Kindheit hat Stoltenborgh 2013 vorgelegt. Die mittlere Rate für körperliche Vernachlässigung konnte mit 16,3% und für emotionale Vernachlässigung mit 18,4% ermittelt werden. Es ergaben sich keine Geschlechtsunterschiede. Die Variation zwischen den 16 ausgewerteten Studien war allerdings erheblich aufgrund der unterschiedlichen Operationalisierung, welches elterliches Verhalten bzw. welche Erfahrung als Vernachlässigung gewertet werden kann.

Vernachlässigung der Vernachlässigung

Im Gegensatz zu körperlicher Misshandlung und sexuellem Missbrauch ist die Vernachlässigung trotz der quantitativ großen Bedeutung für die Jugendhilfe in der Öffentlichkeit und den Medien weniger beachtet worden, abgesehen von spektakulären Fällen wie das Aussetzen von Neugeborenen oder das Verhungernlassen mit Todesfolge (▶ Kap. 14 und 15). Die Vernachlässigung der Vernachlässigung ist jedoch problematisch angesichts der besonders gravierenden Konsequenzen für die geistige und sozialemotionale Entwicklung von Kindern durch Deprivationserfahrungen und unzureichende Ernährung in den ersten Lebensjahren. Die Schwierigkeit in der Diagnosestellung und Intervention besteht darin, dass die Vernachlässigung gravierend sein muss, bevor eindeutige körperliche Folgen und Schäden entstanden sind, und dass viele Monate oder Jahre vergehen können, bevor sich die emotionalen Beeinträchtigungen zeigen (▶ Kap. 13.5).

Da sich das Hilfesystem noch immer eher an manifesten Schäden und weniger an potenziellen Langzeitschäden orientiert, gelingt eine frühzeitige, sekundär präventive Intervention nur selten. Insbesondere in diesem Bereich sollten die ebenfalls seit 2012 in den meisten Kommunen entwickelten Angebote der Frühen Hilfen die Ressourcen von Familien so stärken, dass psychosoziale Risiken verringert oder weniger wirksam werden. Insofern sind die Frühen Hilfen als Beitrag zur Verhütung von Vernachlässigung von Kindern zu verstehen, wenn sie präventiv und so weit im Vorfeld angesiedelt sind,

Tab. 12.1 Formen der Vernachlässigung (nach Thyen 2008)

Körperliche Vernachlässigung	**Unzureichende Ernährung** - Dystrophie, nicht-organische Gedeihstörung - Entwicklungsretardierung durch Mangel an Vitaminen oder anderen essentiellen Nahrungsbestandteilen - Psychosozialer Minderwuchs - Verhungern - Massive Fehl- oder Überernährung
	Unzureichende medizinische Versorgung - Nichtwahrnehmen der Früherkennungsuntersuchungen - Keine oder unzureichende Impfungen - Kein Aufsuchen medizinischer, zahnmedizinischer oder psychiatrischer oder psychologischer Behandlung trotz bedeutsamer körperlicher, geistiger oder seelischer Gesundheitsstörungen des Kindes
	Prä- und perinatale Vernachlässigung - Drogen-, Alkohol-, oder Nikotinabusus in der Schwangerschaft - Fehlende medizinische Vorsorge bzw. Betreuung vor, während oder nach der Geburt
	Missachtung körperlicher Grundbedürfnisse - Kein Schutz vor Kälte oder Hitze und UV Strahlung - Keine angemessene Bekleidung - Hygiene und Körper- und Zahnpflege - Unzureichender Schlaf
Emotionale Vernachlässigung (siehe ► Abschn. 12.5)	- Fehlende Zuwendung, Liebe, Respekt, Geborgenheit - Fehlende Kommunikation und Interaktion - Geringe Verlässlichkeit in der Beziehung - Mangelnde Anregung und Förderung (»stimulative Vernachlässigung«) - Kinder werden Zeugen von Partnergewalt der Eltern - Fehlende Wahrnehmung von Ängsten und Belastungen des Kindes
Soziale Vernachlässigung	**Mangelnder Schutz** - Mangelnder Schutz vor alltäglichen Gefahren - Ungesicherte Gefahrenquellen im Haushalt (Medikamente, Putzmittel) - Mangelndes Belehren über Gefahren und Grenzen setzen
	Mangelnde Erziehung - Mangelnde Supervision und Aufsicht (Schulbesuch, Freundeskreis) - Permissive Eltern bei Schulschwänzen, Delinquenz, Alkohol- oder Drogenabusus - Keine Förderung der Entwicklung, Selbständigkeit und des Erwerbs sozialer Kompetenz

dass noch keine akute oder auch latente Kindeswohlgefährdung erkennbar ist (Thyen u. Pott 2015). Frühe Hilfen sind als alleinige Unterstützung einer Familie, in der Gefährdungspotenzial erkannt wurde, ungeeignet oder sogar kontraindiziert. Eine frühe Stärkung von Familien könnte möglicherweise dazu beitragen, die steigenden Zahlen von Fremdunterbringungen von sehr jungen Kindern einzudämmen. Der Verlust von Bindungspersonen bietet grundsätzlich das Potenzial für eine Vernachlässigung der emotionalen und sozialen Bedürfnisse von jungen Kindern und kann nur als Abwehr größerer Gefahren zum Einsatz kommen. Interventionen in vernachlässigenden Familien mit bereits bestehenden Gefährdungen für das Kindeswohl bedeuten in aller Regel ein erhebliches Maß an personellem und finanziellem Einsatz durch Erziehungsberatung, Tagesbetreuung, sozialpädagogische Familienhilfen und Eingliederungshilfen.

Einen Überblick über die Erscheinungsformen körperlicher und emotionaler Vernachlässigung geben die Übersichten in (Tab. 12.1). Die Klassifikation geht ebenfalls von einer Theorie der bestmöglichen Entwicklung eines Kindes aus

12.2 Grundversorgung, mangelnde Gesundheitsfürsorge und Aufsicht

Kindeswohlgefährdungen können sich sowohl durch mangelhafte Berücksichtigung der körperlichen Grundversorgung, fehlende Aufsicht, Vernachlässigung der gesundheitlichen Fürsorge, Exposition gegenüber Passivrauch, exzessive Adipositas und durch pränatale Risiken als auch durch Vernachlässigung in Erziehung und Ausbildung ergeben.

12.2.1 Grundversorgung und Aufsicht

Die Annahme, dass in einem reichen Land wie Deutschland die Grundversorgung der Kinder mit Nahrung und angemessenem Obdach sichergestellt sei, ist falsch. Anders als in vielen Ländern der Welt liegt dies jedoch in der Tat nicht an fehlenden Nahrungsmitteln oder Unterkünften, die häufig die gesamte Familie oder ganze Regionen betrifft, sondern an der unzureichenden Bereitstellung durch die sorgeberechtigten Personen. In Familien, deren Leben von Verwahrlosung gekennzeichnet ist, kommt es zu fehlenden Mahlzeiten; insbesondere am Morgen kommen viele Kinder und Jugendliche ohne Frühstück in die Kindertagesstätte oder die Schule. Häufig haben sie keine Pausenverpflegung dabei oder das nötige Geld für das Mittagsessen in der Schule fehlt. Da Hunger Kinder beim Spielen und Lernen beeinträchtigt, handelt es sich um eine Form der Kindeswohlgefährdung, die durch die Eltern mit Unterstützung der Gemeinschaft abgewendet werden muss.

Unvorhergesehene Umzüge und Wohnungsräumungen betreffen auch Familien mit Kindern, die in Armutsverhältnissen leben. Die Eltern sollten unterstützt werden, ihren Kindern gerade in solchen Krisenzeiten durch emotionale Zuwendung das Gefühl von Sicherheit und Geborgenheit zu geben, wenn es nicht gelingt, eine solche Krise durch gemeinschaftliche Anstrengungen abzuwenden und damit auch eine potenzielle Kindeswohlgefährdung zu verhindern.

Aktuell gewinnt dies bei der Versorgung von Familien auf der Flucht eine besondere Bedeutung. Die tiefgreifende Verunsicherung, Gewalterfahrung auf der Flucht und Traumatisierung aller Familienmitglieder machen es beteiligten Eltern schwer, ihren Kindern den so besonders wichtigen emotionalen Halt zu geben. Bei dieser Gruppe von Kindern, die nach der UN-Kinderrechtskonvention in Deutschland den gleichen Anspruch auf Schutz, Gesundheit und Förderung genießen wie deutsche Kinder, ist eine besondere Fürsorgepflicht der Jugendämter gegeben, die im Hinblick auf andere Politik- und Verwaltungsbereiche eine Anwaltschaft für die Interessen der Kinder übernehmen müssen.

Vernachlässigung in Form von unzureichender oder der Witterung nicht angemessener Kleidung führt im Extremfall zu Unterkühlungen, Erfrierungen oder schweren Sonnenbränden, in weniger schweren Fällen zu einer Infektgefährdung durch ständige Unterkühlung.

Die mangelnde Beaufsichtigung von Kindern oder ihrem Entwicklungsstand unangemessenes Alleinlassen beeinträchtigt die Sicherheit und den Schutz der Kinder und kann zu (vermeidbaren) Unfällen führen. Auch hier kann die Grenzziehung zwischen (gerade) noch angemessener Fürsorge und eindeutig schädigendem elterlichem Verhalten schwierig sein. Oft wirken sich in diesem Kontext schwierige Lebensumstände aus:

- eine Wohnung in oberen Stockwerken mit ungesicherten Fenstern,
- auf Balkonen abgestellte Möbel, durch die die Brüstung überwunden werden könnte,
- ungesicherte Herdplatten, Wassererhitzer oder Boiler,
- nicht verschlossene Medikamente oder Reinigungsmittel,
- Zugang zu Alkohol oder anderen Suchtmitteln in der Wohnung,
- unkontrollierter Zugang zu gefährlichen Orten in der Nachbarschaft und/oder auf Spielplätzen.

Zu den Maßnahmen der präventiven Verhaltensbeeinflussung zählen öffentliche Kampagnen für mehr Kindersicherheit, vorbeugende Aufklärung durch Informationsmaterial der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Beratungen im Rahmen der gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen in der kinderärztlichen Praxis und Elternkurse. Daneben müssen im Sinne der Verhältnisprävention ordnungspolitische und gesetzliche Maßnahmen zum Schutz von Kindern in den Bereichen Wohnungsbau, Verkehr, Zugang zu Suchtmitteln und Kindersicherheit bei technischen Geräten verstärkt werden.

12.2.2 Vernachlässigung der gesundheitlichen Fürsorge

Die Vernachlässigung der gesundheitlichen Fürsorge ist durch folgendes Verhalten gekennzeichnet:

- Gesundheitliche Probleme werden nicht wahrgenommen oder nicht angemessen behandelt.
- Empfohlene Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen werden nicht angenommen.
- Die Gesundheit wird durch fahrlässiges Verhalten gefährdet.

Die Beurteilung eines solchen Verhaltens unterliegt kulturellen Standards und gilt nicht unwidersprochen als Kindesmisshandlung bzw. Kindeswohlgefährdung. Die Beurteilung, ob die Gesundheitsfürsorge durch die Sorgeberechtigten noch ausreichend oder nicht mehr ausreichend ist, hängt davon ab, wie viel Freiraum Eltern in ihrer Verantwortung für das Kind gelassen werden soll.

Mit Blick auf den in Deutschland zunehmenden religiös-weltanschaulichen Pluralismus muss abgewogen werden zwischen verschiedenen Grundrechten, z. B. der Religionsfreiheit und dem Recht des Kindes, einer Religionsgemeinschaft anzugehören, und den mit der Ausübung verbundenen Gefahren für das Wohl des Kindes Dies gilt besonders, wenn aus z. B. weltanschaulichen oder religiösen Gründen medizinisch indizierte Maßnahmen wie Impfungen, Behandlung von bösartigen oder schweren Erkrankungen oder Bluttransfusionen auf Verlangen der Eltern unterlassen werden sollen. Die Beschneidung von männlichen Kindern als nicht medizinisch erforderliche Maßnahme hat in den vergangenen Jahren für erhebliche Kontroversen gesorgt und ist durch eine Einfügung in das Bürgerliche Gesetzbuch vom Deutschen Bundestag als zulässig betrachtet worden. Diese Entscheidung wird jedoch insbesondere von Juristen und Organisationen, die für die Kinderrechte eintreten, weiterhin kritisiert (vgl. Deutsche Liga für das Kind 2014) und zeigt noch einmal, wie sehr Handlungen und Unterlassungen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung von Kindern im Rahmen gesellschaftlicher Normen, kultureller Praktiken, Ressourcen und Zugangsmöglichkeiten zur Versorgung und Spielräumen in den Elternrechten gedeutet werden.

12.2.3 Adipositas und Kindeswohlgefährdung

Bestimmte Formen der Kindesmisshandlung und Vernachlässigung lassen sich nur schwierig in die üblichen, bislang beschriebenen Kategorien von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung einordnen. Sie werden bislang nicht immer als Kindeswohlgefährdung eingeordnet (Adipositas, Passivrauchexposition) und zeigen, dass auch die Wahrnehmung bestimmter schädigender Einflüsse auf Kinder in diesem Zusammenhang einem Wandel und einer Weiterentwicklung im Kinderschutzdiskurs unterliegt.

In zweierlei Hinsicht wird eine Assoziation zwischen Adipositas und Kindeswohlgefährdung diskutiert. Zum einen gibt es Hinweise, dass misshandelte und vernachlässigte Kinder ein erhöhtes Risiko haben, als Erwachsene eine Adipositas mit entsprechenden Gesundheitsrisiken zu entwickeln (Odds Ratio 1,36, 95% KI 1,26–1,47). Im Kindes- und Jugendalter selbst gibt es diesbezüglich einen Trend; die Assoziation war in einer Metaanalyse jedoch statistisch nicht signifikant (Danese et al. 2013: 41 Studien, 190.285 Teilnehmer).

Zum andern stellt eine ausgeprägte Adipositas (Gewicht > 95 kg, altersadaptierte BMI Perzentile) im Kindes- und Jugendalter selbst eine potenzielle Kindeswohlgefährdung dar, da sie das Risiko schwerwiegender und irreparabler Komorbiditäten und Komplikationen zum Teil bereits in der Kind-

heit und Adoleszenz und im weiteren Leben birgt. Dazu kommen unter Umständen erhebliche psychosoziale Einschränkungen und Ausgrenzungen. Da Kindeswohlgefährdung nicht nur als aktive Schädigung, sondern auch als Unterlassung, die zu bedeutsamer Schädigung der Entwicklung eines Kindes führt, verstanden wird, erfolgt zumeist die Einordnung ausgeprägter Adipositas als »medizinische Vernachlässigung oder Schädigung« (Vernachlässigung der medizinischen bzw. gesundheitlichen Fürsorge). Berichte in der Literatur beschreiben Einzelfälle extrem adipöser Kinder mit signifikanten Komorbiditäten, die in Obhut genommen wurden; in einigen US-amerikanischen Staaten (z. B. Kalifornien, New York, Texas, Indiana u. a.) wurde es als Element einer Kindeswohlgefährdung in die gesetzliche Meldepflicht mit aufgenommen (Jones et al. 2014).

12.2.4 Kindeswohlgefährdung durch Passivrauchexposition

Die Passivrauchexposition von Kindern führt zu signifikanter Morbidität und weltweit gesehen auch Mortalität. Ein Studie der WHO, publiziert im Lancet, besagt, dass sich global etwa jeder hundertste Todesfall pro Jahr als Folge des Passivrauchens ereignet, somit jährlich weltweit mehr als 600.000 Menschenleben fordert, darunter etwa 165.000 Kinder. Pränatale Nikotinexposition führt zu strukturellen und neurometabolischen Hirnveränderungen, die die Hirnentwicklung langfristig beeinträchtigen und eine spätere Nikotinsucht begünstigen. Darüber hinaus kommt es gehäuft zu Plazentainfarkten, nachfolgend zu Mangel- und Frühgeburten und postnatalen Anpassungsstörungen sowie späteren erhöhten Risiken für Adipositas, Krebserkrankungen und Nikotinmissbrauch. Belegt ist ein Zusammenhang mit Brustkrebs im späteren Leben rauchexponierter Mädchen sowie zwischen erhöhtem SIDS-Risiko und häuslichem Rauchen. Eine gesicherte Assoziation besteht zu rezidivierenden obstruktiven Atemwegserkrankungen, einem hyperreagiblem Bronchialsystem mit chronischem Husten, eingeschränkter Lungenfunktion, Asthma, chronisch rezidivierenden Mittelohrentzündungen, Tonsillektomie und Adenotomie. Schätzungen gehen von 8.000 bis 26.000 neuen Asthmaerkrankungen jährlich in den USA aus. Neben der direkten Passivrauchexposition (»Secondhand smoke exposure«) wird mittlerweile auch die **indirekte Rauchtoxinbelastung** (»Thirdhand smoke exposure«) untersucht. Es werden Interaktionen von Rauchrückständen auf Oberflächen mit Luftschadstoffen und veränderten und teils karzinogenen Toxinwirkungen beschrieben. In Raucherhaushalten wurden im Hausstaub Konzentrationen an tabakbedingten Karzinogenen nachgewiesen, die ein erhöhtes Krebsrisiko nach sich ziehen. Kleinkinder sind durch das häufige auf dem Boden Spielen und der gängigen Exploration mit dem Mund erhöhten Schadstoffbelastungen ausgesetzt.

Kleinkinder sind weiterhin durch die größere Nähe und Abhängigkeit von Eltern in besonderer Weise dem Passivrauchen ausgesetzt. Passivrauchexposition führt zu häufigeren Hospitalisierungen und damit häufigerem Fehlen in der Kindertagesstätte und später in der Schule. Die hohe finanzielle Belastung durch den Nikotinabusus in der Familie reduziert gerade in sozial schwachen Familien die Ressourcen, kindlichen Bedürfnissen gerecht zu werden. Zusammengefasst sind Kinder sowohl durch Passivrauch als auch durch die negative Vorbildfunktion und das dadurch erhöhte Risiko eines eigenen späteren Nikotinabusus einer erheblichen gesundheitlichen Gefährdung ausgesetzt, sodass diesbezüglich auch eine Kindeswohlgefährdung vorliegt (Best et al. 2009, Öberg et al. 2010). Die Empfehlungen der American Academy of Pediatrics besagen, dass insbesondere Pädiater, die Kinder rauchender Eltern betreuen, diese über die Gefahren aufklären und Angebote zu Nichtraucherprogrammen vermitteln sollen. Rauchabstinenz in der Wohnung und insbesondere in Autos soll mit Nachdruck gefördert werden. In Großbritannien ist das Rauchen in Autos mit Minderjährigen ab 2015 zu einem Straftatbestand geworden, ähnliche Regularien bestehen in Frankreich, Italien, Griechenland, einigen US-Staaten, Canada, Australien und anderen Ländern. Diesbezügliche Regelungen werden aus Kinderschutzsicht auch für Deutschland in einer Resolution der DGKiM und DAKJ vom Februar 2016 im Namen von acht kindermedizinischen und Kinderschutz-Fachgesellschaften gefordert (www.dakj.de/pages/aktivitaeten/stellungnahmen-und-empfehlungen.php).

12.2.5 Pränatale Risiken und Schädigungen

Eine pränatale Schädigung des ungeborenen Kindes durch Substanzmissbrauch der Mutter gilt zumindest im straf- und familienrechtlichen Sinne nicht als Kindeswohlgefährdung, da das staatliche Wächteramt erst nach der Geburt des Kindes greift und der Person des Kindes gilt. Die potenziell schädigenden Einflüsse auf das Kind sind ausführlich beschrieben (Smith et al. 2013). Daher gibt es in der Gesellschaft moralische Werturteile über schwangere Frauen, die an Suchterkrankungen leiden, im Sinne einer unzureichenden Fürsorge für das ungeborene Kind. Besser wirksam sind vermutlich nicht-stigmatisierende, niedrigschwellige Beratungs- und Unterstützungsangebote und eine umfassende suchtmedizinische und psychosoziale Betreuung von drogenabhängigen Müttern und Fortführung des Methadonprogramms, das in Verbindung mit einer optimierten Nachsorge die Prognose von Kindern dieser Mütter deutlich verbessert hat. Auch hier bieten die Angebote der Frühen Hilfen, die bereits zum Zeitpunkt der Schwangerschaft beginnen können, einen Zugang zu geeigneter Unterstützung, insbesondere auch über die Schwangerschaftsberatungsstellen. Auch die Nichtwahrnehmung der Früherkennungsuntersuchungen während der Schwangerschaft bzw. einer Betreuung durch eine Hebamme oder einen Geburtshelfer kann mit diesen Beratungen reduziert werden. Besondere Beachtung verdienen Schwangere, die häuslicher Partnergewalt ausgesetzt sind; diese sollten frühzeitig auf mögliche Probleme angesprochen werden und Hilfen angeboten bekommen.

12.3 Mangelnde Ernährung und nichtorganische Gedeihstörung

Eine Vernachlässigung der Ernährung kann quantitativ oder qualitativ erfolgen. Am häufigsten zeigt sie sich in einer zwar kalorisch ausreichenden, aber qualitativ mangelhaften Ernährung. Diese Form der Fehlernährung kann insbesondere bei kleinen Kindern zu Mangelerscheinungen wie Anämie und Vitaminmangelzuständen führen und damit Wachstum und Entwicklung ernsthaft gefährden.

Das Leitsymptom der Gedeihstörung ist eine verzögerte somatische Entwicklung.

Diese zeigt sich durch Unterschreiten der 3. Perzentile für Körpergewicht und Körperlänge, durch ein erniedrigtes Längensollgewicht (s. unten) oder einen Abfall der Gewichts- und Wachstumsperzentile im Vergleich zu den Voruntersuchungen um mehr als zwei Hauptperzentilen. Begleitende klinische Hinweise auf eine Gedeihstörung sind eine verzögerte Knochenreifung und Pubertätsentwicklung sowie motorische oder psychosoziale Entwicklungsverzögerung.

Zusätzlich zu den quantifizierbaren Daten finden sich klinische Zeichen der Unterernährung wie reduziertes Unterhautfettgewebe und gering ausgebildete Muskulatur (Greisengesicht der Säuglinge, Tabaksbeutelgesäß), häufig ein prominentes Abdomen, trockene Haut und spärlicher Haarwuchs.

Nicht organische Gedeihstörung

Unterkalorische Ernährung kommt vor, wenn die Eltern das Kind absichtlich oder unabsichtlich nicht ausreichend ernähren (Abb. 12.2), oder aufgrund inadäquater Verwendung von Nahrungsmitteln, insbesondere bei Säuglingen. Die Kinder zeigen eine Gewichtsentwicklung, die allmählich den individuellen Perzentilenbereich verlässt (»perzentilenschneidendes Wachstum«), und schließlich auch eine unzureichende Zunahme des Längenwachstums nach sich zieht (Abb. 12.3). Schwere akute und chronische Unterernährung und Nichtwahrnehmung bzw. fehlende Fürsorge für das hungernde, zunehmend schwache und apathische Kind führen zu lebensbedrohlichen Situationen und Todesfällen.

Die Abklärung einer Gedeihstörung folgt einem **standardisierten Algorithmus**. In einer genauen Anamneseerhebung werden folgende Aspekte erfragt und dokumentiert:

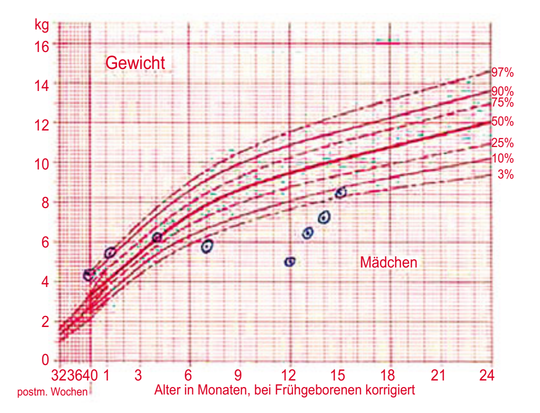
Körperdaten

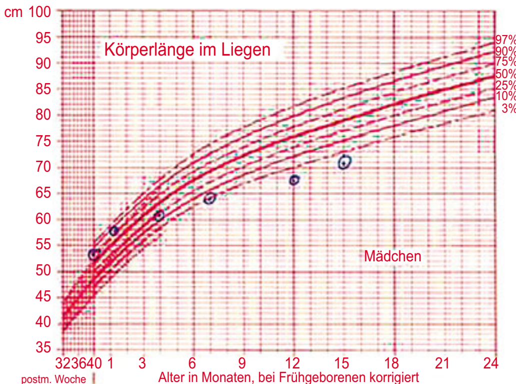
Wachstumskurven, Geburtsmaße und weitere Daten von Gewicht, Länge und Kopfumfang sowie abgeleitete Daten (Längensollgewicht, Wachstumsgeschwindigkeit) ergeben einen Einblick in die Dynamik der Entwicklung der Gedeihstörung.

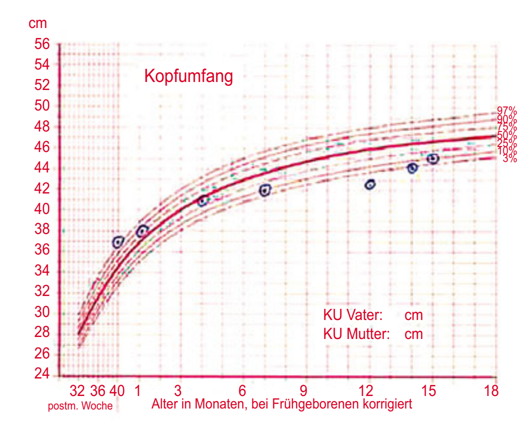
Findet sich ein Abweichen von den Perzentilen in der Gewichtskurve, kann eine mangelnde Zufuhr



■ **Abb. 12.2** 12 Monate altes Mädchen nach akuter intensivmedizinischer Behandlung mit schwerer Dystrophie, Untertemperatur und Herzrhythmusstörungen. Das Aufnahmegewicht betrug 5.100 g, laborchemisch Hinweise auf eine Rachitis und Hypothyreose, sonographisch beginnende Leberzellverfettung







■ **Abb. 12.3** Gleiches Kind wie in Abb. 12.2. Die Perzentilenkurven zeigen im Kinderfrüherkennungsheft dokumentierte Körpermaße bis zum 7. Lebensmonat sowie bei stationärer Aufnahme mit 12 Monaten und im Verlauf

oder eine mangelnde Verwertung von Kalorien verantwortlich sein. Bei dieser Konstellation findet sich immer eine Beeinträchtigung der Gewichtsentwicklung, bevor die Längenentwicklung betroffen ist. Nur bei schwerer unterkalorischer Ernährung zeigt sich in der Folge auch ein mangelndes Kopfwachstum, meist jedoch erst Monate später.

Einschätzung der Gedeihstörung

Bei der Einschätzung des Schweregrads der Gedeihstörung sollte eine Perzentilenkurve verwendet werden, in der das Gewicht auf die Länge bezogen wird:

Längensollgewicht in % = Körpergewicht/ Gewichtsmedian für die Körpergröße × 100 (Norm: 90–110%)

Normal ist ein auf die Länge bezogenes Gewicht im mittleren Normbereich. Als leichte bis mittlere Gedeihstörung wird ein Gewicht unterhalb der 1. Standardabweichung, als schwere Gedeihstörung unterhalb der 2. Standardabweichung bezeichnet.

Anamnese

Eine weitere Säule der Diagnostik nach Erstellen der Perzentilenkurven ist die Ernährungsanamnese. Zentral dabei ist die Frage nach der Einführung von Beikost bei Säuglingen, Einführung von bisher nicht gegebenen Nahrungsmitteln, Unverträglichkeitsreaktionen, Erbrechen und Durchfällen.

Zur Einschätzung, ob die derzeitige Kalorienzufuhr ausreichend ist, sollte ein genaues Nahrungsprotokoll für mindestens drei Tage geführt werden. In der Regel kann dieses Protokoll ambulant durch die Eltern im häuslichen Umfeld erstellt werden. Bei Hinweisen auf eine mangelnde Compliance oder falsche Angaben sollte dies unter stationären Bedingungen erfolgen. Eine Ökotrophologin oder Diätassistentin kann aus dem Protokoll sowohl die Zufuhr von Kalorien als auch von Eiweiß, Kohlenhydraten, Fetten, Spurenelementen und Vitaminen berechnen und entsprechende Korrekturen vorschlagen. Das Ernährungsprotokoll sollte weiterhin Angaben zur Tagesstruktur (Regelmäßigkeit der Mahlzeiten) sowie zu Zeitpunkt und Umständen der Mahlzeiten (gemeinsam mit der Familie, am Tisch, Verfügbarkeit von Lebensmitteln zwischen den Mahlzeiten) enthalten.

Klinische Beobachtung

Bei Hinweisen auf eine nicht ausreichende Kalorienzufuhr sollte vor weiterer invasiver Diagnostik eine klinische, in der Regel stationäre Beobachtung des Essverhaltens des Kindes folgen. Zeigen sich gutes Essverhalten und rasche Gewichtszunahme, liegt eine Vernachlässigung oder schwere Interaktionsstörung im häuslichen Umfeld vor, die durch entsprechende psychosoziale Interventionen behoben werden muss.

Wichtig ist hier auch die Verhaltensbeobachtung des Kindes allgemein und insbesondere während des Fütterns bzw. beim Einnehmen der Mahlzeiten. Abwehr, Wutausbrüche, aggressives oder zurückgezogenes Verhalten deuten auf eine Interaktionsstörung hin. Die Beziehungen zwischen Eltern und Kind, die Kommunikationsstruktur und das elterliche Erziehungsverhalten können durch eine detaillierte psychosoziale Anamnese, besser aber durch eine direkte Verhaltensbeobachtung evaluiert werden.

Nicht selten ergibt sich die Konstellation, dass eine organische Ursache durch eine gestörte Eltern-Kind-Interaktion verschlimmert wird. Die Eltern können enttäuscht sein durch das schlechte Essverhalten und das unzureichende Gedeihen des Kindes. Manchmal entwickeln die Eltern auch traumatisierende Fütterpraktiken (bezüglich daraus resultierender Verletzungen ▶ Kap. 6.1), sodass Eltern und Kind in einen Teufelskreis sich verstärkender negativer Interaktion geraten.

Eine Überschneidung zwischen Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom und nicht-organischer Gedeihstörung ergibt sich aus der Art und dem Umfang der fabrizierten Symptome; hier wäre dann eher von aktiver körperlicher und seelischer Kindesmisshandlung mit der Folge einer Gedeihstörung zu sprechen (Mash et al. 2011).

Differenzialdiagnose

Die Diagnose einer nichtorganischen Gedeihstörung setzt den Ausschluss von körperlichen Erkrankungen voraus, die zu einer mangelhaften Nahrungsaufnahme, einer Malabsorption (unzureichende Verdauung/Digestion oder Resorption von Nährstoffen im Darm) oder – selten – einem gesteigerten Energieumsatz (erhöhter Verbrauch) führen.

Mangelnde Gewichtszunahme bei ausreichender Nahrungsaufnahme und noch erhaltenem Längenwachstum nach dem Abstillen weist auf eine Malabsorption hin. Beispiele hierfür sind Allergien gegen Kuhmilchprotein oder andere Nahrungsbestandteile, Unverträglichkeit von Laktose, Fruktose oder Gluten (Zöliakie), Immundefekte, Insuffienz der Bauchspeicheldrüse bei zystischer Fibrose und entzündliche Darmerkrankungen.

Begleitsymptome wie Erbrechen und Durchfälle erfordern ebenfalls eine weitere medizinische Abklärung. Dafür sind Laboruntersuchungen oder bildgebende Untersuchungen zur Darstellung von Fehlanlagen, Reflux oder Passagehindernissen erforderlich, wie sie in den pädiatrischen Standardwerken empfohlen werden (vgl. auch Nützenadel 2011). Sehr selten kann es sich bei wiederholtem Erbrechen um induziertes Erbrechen bei einem Münchhausen-Stellvertreter-Syndrom handeln. Habituelles Erbrechen liegt manchmal bei Kindern mit schweren Fütterstörungen und/oder orofazialen Störungen, beispielsweise ehemaligen Frühgeborenen vor. Sehr selten ist habituelles Erbrechen als Symptom einer psychiatrischen Erkrankung des Kindes zu sehen.

Jede chronische körperliche Erkrankung wie ein Herzfehler, Niereninsuffizienz, Immundefekte, metabolische Erkrankungen, Hormonstörungen (insbesondere Schilddrüsenüberfunktion), chronische Lungenerkrankungen (insbesondere chronische Bronchitiden) oder chronische Adenoide können zu mangelndem Appetit bzw. unzureichender Nahrungsaufnahme bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit oder erhöhtem Kalorienverbrauch führen. Weiterhin gibt es hier spezifische Formen der frühkindlichen Fütterstörungen, die sich in der Folge der Eltern-Kind-Interaktion mit dem kranken Kind entwickeln (Chatoor 2012). In aller Regel ergeben sich aus der Anamnese und sorgfältigen körperlichen Untersuchung wegweisende Befunde, die zur Abklärung dieser Erkrankungen führen.

Dennoch lässt sich auch bei gründlicher Diagnostik ein bedeutsamer Anteil der Gedeihstörungen nicht als eindeutig organisch oder nichtorganisch, d. h. durch vernachlässigendes Verhalten erklären. Neuere Arbeiten vermuten für diese Fälle subtile Störungen der orofazialen Motorik oder Variationen der Appetitregulation des Kindes, die je nach Reaktion der Eltern darauf zu Interaktions- und Fütterstörungen führen können. Die Diagnose einer nichtorganischen Gedeihstörung ist daher keineswegs automatisch mit einer Vernachlässigung oder Misshandlung gleichzusetzen, auch wenn es sich um eine bedeutsame Differenzialdiagnose handelt.

Eine besondere Form der Gedeihstörung, oft verbunden mit einer Entwicklungsverzögerung, resultiert aus einer von den Eltern bewusst gewählten besonderen Ernährungsform. Dies betrifft gestillte Kinder von Müttern mit vegetarischer oder insbesondere **veganer Ernährung**, die bei sich und/oder dem Kind auf Nahrungsergänzungsmittel wie Eisen oder Vitamine verzichten. Ebenso halten einige Eltern eine Vitamin-D-Substitution nicht für sinnvoll, sodass hieraus eine ernste Gedeihstörung und Rachitis resultieren kann. Insbesondere bei ausschließlich veganer Ernährung ohne Supplementierung von Vitaminen und Mineralien sind bereits pränatal eingetretene, irreversible Schädigungen des Neugeborenen beschrieben; ebenso wirkt sich das Stillen in dieser Konstellation deutlich schädigend auf die weitere somatische und kognitive Entwicklung aus. Ob und inwiefern dieses Verhalten als Kindeswohlgefährdung gekennzeichnet werden kann, hängt in erster Linie von der Einsichtsfähigkeit der Eltern und der Umsetzung der empfohlenen Ernährung ab. Aufgrund des hohen und teilweise irreversiblen Schädigungspotenzials sollte bei mangelnder Einsichtsfähigkeit eine Involvierung des Jugendamtes nicht verzögert werden.

■ Psychosozialer Minderwuchs

Bei ausreichender Gewichtsentwicklung, aber mangelndem Längenwachstum oder ausbleibendem Kopfwachstum sind in aller Regel nicht Gedeihstörungen oder Vernachlässigung ursächlich, sondern körperliche Erkrankungen, die entsprechend weiterer Abklärung bedürfen, beispielsweise ein Wachstumshormonmangel. Eine Ausnahme bildet der psychosoziale Minderwuchs, der durch eine fehlende pulsatile Ausschüttung von Wachstumshormon während des Schlafes entsteht. Bei Kindern in chaotischen oder beängstigenden Lebensumständen, die keinen ausreichenden oder ständig gestörten Nachtschlaf haben, kann es zu dieser sehr seltenen, durch Anamneseerhebung, klinische Un-

tersuchungen und Hormontests gut nachweisbaren Folge von Deprivation kommen.

▪ Intervention

Nach Sicherung der Diagnose einer nichtorganischen Gedeihstörung wird unter Berücksichtigung der sozialen und emotionalen Entwicklungsbedürfnisse des Kindes und der elterlichen Kompetenzen ein Behandlungsplan erstellt. In vielen Situationen genügt eine Beratung und engmaschige Begleitung der Eltern, um die Ernährungssituation nachhaltig zu verbessern, insbesondere wenn mangelndes Wissen und negative, aber beeinflussbare Erziehungspraktiken eine Rolle spielen.

Bei fehlender elterlicher Kompetenz oder psychischen Erkrankungen der Eltern (auch Suchterkrankungen) sind komplexe Interventionen erforderlich, die soziale, erzieherische und gesundheitsbezogene Maßnahmen beinhalten müssen. In der Regel ist dies ohne die Gewährung einer begleitenden Unterstützung im Elternhaus nicht zu erreichen. Eine multiprofessionelle Betreuung und interdisziplinäre Kooperation wird erforderlich, wichtige Komponenten sind die kinder- und jugendärztliche, diätetische, sozialpädagogische, ggf. psychologische oder psychiatrische Betreuung.

In vernachlässigenden Familien muss in der Regel ein Teil der Betreuung durch aufsuchende Hilfen (Sozialpädagogen, ambulante Kinderkrankenpflege, Familienhebammen, sozialpsychiatrische Dienste, Hausbesuche durch hausärztlichen Kinderarzt) erbracht werden. Zentral bei allen Bemühungen ist es, die Selbstwirksamkeit und das Management durch die Eltern zu stärken und ihre aktive Teilnahme an allen Maßnahmen sicherzustellen. In Familien mit interkulturellem Hintergrund müssen ggf. spezifische Beratungsstellen und Mediatoren eingesetzt werden.

▪ Fütterstörungen und schwere Interaktionsstörungen

Auch eine Appetitstörung im Rahmen einer frühkindlichen Depression, Nahrungsverweigerung bei einer Fütterstörung bei gestörter Eltern-Kind-Interaktion oder als Reaktion auf traumatisierende Erlebnisse führen zu mangelnder Kalorienzufuhr und Beeinträchtigung der körperlichen Entwicklung. In all diesen Fällen spricht man von frühkindlichen Fütterstörungen. Nicht alle Fütterstörungen führen zu einer nicht-organischen Gedeihstörung, sie sind meistens auf eine Kombination aus einer Störung der homöostatischen Regulation des Säuglings und der Wahrnehmung und Responsivität der Mütter zurückzuführen. Nur in Ausnahmefällen können bewusste Vernachlässigungen in diesen Fällen angenommen werden. Die Komplexität der verschiedenen Konstellationen wird von Chatoor (2012) beschrieben, ihre Klassifikation von sechs verschiedenen Formen der Fütterstörungen ist für die klinische Praxis sehr hilfreich, da die Interventionsmöglichkeiten und Therapieverfahren jeweils unterschiedlich sind. Bei schweren Interaktionsstörungen, bestehenden psychosozialen Risiken und bereits eingetretenen Folgen bzw. Schäden sind stationäre Angebote zur psychotherapeutischen Behandlung und ein Interaktionstraining indiziert (Klitzing et al. 2015). Eine Fremdunterbringung ist erforderlich, wenn die angebotenen Hilfen nicht angenommen werden können, erfolglos oder ohne Aussicht auf Erfolg sind.

> **In den ersten drei Lebensjahren sind wegen der Entwicklung des noch unreifen kindlichen Gehirns eine rasche Verbesserung der Kalorienzufuhr und die Sicherstellung einer ausgewogenen Ernährung wichtig, da es sonst zu irreversiblen Verlusten des Entwicklungspotenzials mit kognitiven Einbußen kommen kann. Es sollten daher klare Ziele und ein klarer Zeitplan zur Erreichung der Ziele zwischen allen Helfern abgesprochen werden. Bei bereits bestehendem Entwicklungsrückstand müssen zeitnah entwicklungsfördernde Maßnahmen eingeleitet werden. Ein sorgfältiges Monitoring der Entwicklung in etwa 3-monatlichen Abständen ist ebenso wichtig wie die engmaschige Beobachtung des körperlichen Gedeihens.**

12.4 Vernachlässigung in Erziehung und Ausbildung

Eine solche Vernachlässigung kann bereits im Kleinkindesalter und Kindergartenalter vorkommen, wenngleich die Gefahr für die Kindesent-

wicklung durch nicht ausreichende Bildungs- und außerfamiliäre Beziehungsangebote bislang noch selten als Kindeswohlgefährdung angesehen wird. Dies könnte sich ändern, wenn Angebote entweder universell und ohne Kosten für Familien vorgehalten werden (kostenloses Kindergartenjahr vor der Schule), oder wenn Fördermaßnahmen dringend empfohlen, aber von den Eltern nicht wahrgenommen werden.

Die gegenwärtige Debatte um die Aufnahme eigener Kinderrechte in das Grundgesetz verdeutlicht, dass es zum jetzigen Zeitpunkt noch schwierig ist, das Recht des Kindes auf Bildung und Entwicklungsförderung justiziabel zu machen. Es würde wohl auch bedeuten, dass sehr viel mehr hochqualifizierte Betreuungs- und Bildungsmaßnahmen für sehr junge Kinder angeboten werden müssten. Während prinzipiell Eltern in erster Linie dafür verantwortlich sind, dass Kinder eine Chance auf eine angemessene Schul- und Ausbildung bekommen, muss die Gesellschaft in großem Umfang dazu beitragen, dass Chancengerechtigkeit in Bezug auf Bildung von Anfang an besteht. Der Zugang zu Bildungseinrichtungen, der Abbau von Barrieren und Inklusion nicht nur geistig und körperlich behinderter Kinder, sondern auch solcher, die von sozialer Benachteiligung betroffen sind, liegt nicht in der Hand der Eltern, sondern in der Verantwortungsgemeinschaft des Gesetzgebers und der ausführenden Kommunen.

Eine rechtlich bedeutsame und justiziable Vernachlässigung, die die Eltern zu verantworten haben, tritt aber auf jeden Fall bei Verletzung der Schulpflicht ein. Regelmäßiger Schulbesuch ist für Kinder von großer Bedeutung im Interesse einer gesunden psychosozialen Entwicklung und ihrer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sowie am späteren Arbeitsleben. Versäumnisse werden leider häufig von Seiten des Schulsystems nicht mit Nachdruck verfolgt, auch aufgrund fehlender Kooperation des Schul- und Sozialwesens, mangelnder Informationsweitergabe bei Umzug der Familie und fehlenden An- und Abmeldungen durch die Familie. Es gibt auch in der Bundesrepublik Deutschland immer wieder Kinder und Jugendliche, die jahrelang keine Schulbildung erhalten haben. Daneben muss es als erzieherische Vernachlässigung gewertet werden, wenn Eltern es versäumen, Kindern mit besonderem Förderbedarf keinen Zugang zu entsprechenden Fördermaßnahmen zu schaffen oder die Teilnahme an diesen vernachlässigen oder verweigern.

Schüler mit schweren Verhaltensstörungen, insbesondere Aggressivität, die vorübergehend ausgeschult werden oder längere Zeit in kinder- und jugendpsychiatrischer Betreuung waren, sollten ein Monitoring durch die Schulbehörde erfahren, ob sie nach der Behandlung wieder regelmäßig zum Schulbesuch erscheinen. Schulverweise erschweren die Situation, wenn von der Schule kein alternatives Angebot gemacht wird. Die Eltern zeigen ein vernachlässigendes Verhalten, wenn sie Schulverweigerung, Schwänzen oder unzureichende Erledigung der Aufgaben ihrer Kinder nicht beachten oder tolerieren. Sie können und sollten Unterstützung einfordern, wenn sie mit diesen Aufgaben erzieherisch überfordert sind. Wünschenswert ist, wenn sie die schulische Bildung begleiten, unterstützen und sich mit den Kindern über Fortschritte freuen und Misserfolge bearbeiten.

12.5 Emotionale Vernachlässigung

Aus entwicklungspsychologischer Sicht ist diese Form möglicherweise das Kernstück aller Misshandlungsformen und wirkt als vermittelnder Faktor zwischen Gewalterfahrung und Langzeitfolgen. Emotionale Vernachlässigung führt zu einer deutlichen Beeinträchtigung der Ausbildung personaler Schutzfaktoren und macht das Kind vulnerabel, Herausforderungen und Krisen nicht hinreichend meistern zu können. Die emotionale Vernachlässigung ist im Wesentlichen gekennzeichnet durch eine fehlende Berücksichtigung der Entwicklungsbedürfnisse von Kindern (► Kap. 13.2) und Störungen der gesunden Eltern-Kind-Interaktion und -Bindung. Emotionale Vernachlässigung kommt in verschiedenen Erscheinungsformen vor (► Übersicht).

Emotionale Vernachlässigung

- Fehlende Zuwendung, Liebe, Respekt, Geborgenheit
- Dem Alter nicht angemessenes Sich-selbst-Überlassen

- Fehlende Unterstützung bei der Bewältigung von Entwicklungsaufgaben
- Mangelnde Anregung und Förderung (»stimulative Vernachlässigung«)
- Mangelndes Wahrnehmen und Unterstützung des Schulunterrichtes
- Permissives Erziehungsverhalten bei Schulschwänzen, Delinquenz, Alkohol- oder Drogenabusus
- Keine Förderung der Ausbildung und des Erwerbs sozialer Kompetenz
- Keine Hilfe zur »Lebenstüchtigkeit«, Selbstständigkeit und zur Bewältigung von Alltagsanforderungen
- Kein angemessenes Setzen von Grenzen, keine Belehrung über Gefahren
- Aussetzen chronischer Partnergewalt der Eltern
- Verweigerung oder Verzögerung psychologischer oder psychiatrischer Hilfe bei entsprechender Erkrankung

Die Früherkennung von Formen und Folgen früher Deprivation und Vernachlässigung ist schwierig, da Säuglinge, Kleinkinder oder Vorschulkinder teilweise erst geringe klinische Symptome ihrer gestörten Entwicklung zeigen. Sie entwickeln und nutzen Überlebensstrategien im Sinne komplizierter Anpassungsleistungen, um das Leben zu bewältigen. Frühe und dezente Warnzeichen für eine Gefährdung der Entwicklung lassen sich jedoch in der Beziehung und der Interaktion zwischen Kind und Bezugspersonen identifizieren. Bei vernachlässigten und misshandelten Kindern wird eine Störung des Bindungsverhaltens beobachtet, überwiegend eine Mischung aus Angstbindung und bindungsvermeidendem Muster. Dies zu erkennen, setzt jedoch entsprechendes Training beim Beobachter voraus (► Kap. 13.3.2).

Das Versagen eines angemessenen elterlichen Verhaltens muss frühzeitig wahrgenommen und angesprochen werden, damit es gelingt, den Schutz und die Entwicklungsförderung des Kindes präventiv und nicht reaktiv zu gestalten.

Schwere und früh einsetzende Vernachlässigung eines Kindes führt zu
- **nichtorganischen Gedeihstörungen (► Kap. 12.3),**
- **Sprachentwicklungsverzögerung,**
- **frühkindlichen Depressionen und**
- **schweren, langfristigen Störungen in der psychoemotionalen Entwicklung.**

Ein aktueller systematischer Review, der 28 Fallkontrollstudien, eine Querschnittsstudie und 14 Kohortenstudien von 189 analysierte Studien inkludierte, ergibt ein differenziertes Bild der Merkmale emotional vernachlässigter Kinder. Hauptmerkmale bei den Kindern waren Aggression, geäußert als ärgerliches, zerstörerisches Verhalten, Probleme der Disziplin, oppositionelles Verhalten, niedrige Impulskontrolle, Rückzug und Passivität. Dazu kamen niedriges Selbstwertgefühl, ängstliches oder vermeidendes Verhalten sowie unsicher desorganisiertes Bindungsverhalten. Niedrige emotionale Kompetenz und ungenügende Fähigkeit, Emotionen anderer einzuschätzen, allgemeine, kognitive und insbesondere Sprachentwicklungsstörungen sowie schwierige soziale Interaktion mit Gleichaltrigen waren weitere signifikante Merkmale. Der Vergleich über verschiedene Altersphasen zeigte eine Entwicklung von ambivalentem zu vermeidend unsicherem Bindungsmuster und von passivem zu zunehmend aggressivem Verhalten und negativer Selbstrepräsentierung. Das Sozialverhalten ist geprägt von weniger positiver Interaktion, Passivität und Negativität im Spielverhalten. Emotionale Kompetenzen, kognitive Funktion und Sprachentwicklung verkümmern über die Zeit ohne adäquate Intervention. Mangelnde Sensibilität, Feindseligkeit, übermäßig kritisierende und zurechtweisende Kommunikation und Desinteresse kennzeichneten die Mutter-Kind-Interaktionen. Zum Vater-Kind Verhältnis liegen nahezu keine Daten vor (Naughton et al. 2013, Core Info 2014a).

Die Folgen von Vernachlässigung beziehen sich jedoch auch auf die weitere geistige Entwicklung. Eine Reduktion des Intelligenzquotienten im Vergleich zu nicht vernachlässigten Kindern korreliert mit Ausmaß und Dauer der Vernachlässigung; die schwersten kognitiven Einbußen hatten Kinder, die auch schwere körperliche Vernachlässigung er-

fahren haben (Maguire et al. 2015). Schlechte Leistungen in Mathematik und reduzierte Lesefähigkeit bedeuten geringere Schulabschlüsse und damit reduzierte Chancen für eine Teilhabe in der Gesellschaft. Aktuelle systematische Reviews der Waliser Core Info Arbeitsgruppe vermitteln ein differenziertes Bild der Auswirkungen von Vernachlässigung und emotionaler Misshandlung in den Altersgruppen frühe Kindheit, Schulalter und Teenager (Core Info 2014a–c).

Neurobiologische Forschungsergebnisse

In der Entwicklungspsychologie ist schon seit etwa 100 Jahren bekannt und wurde durch neue neurobiologische Forschungsergebnisse bestätigt, dass das kindliche Gehirn zum Zeitpunkt der Geburt noch sehr unreif ist und sich strukturell gerade in den ersten Lebensjahren stark entwickelt. Die Erfahrungen, die ein Kind mit seiner Umgebung macht, die wiederholt stattfinden und von Affekten begleitet werden, führen zu strukturellen Verknüpfungen und stehen dem Kind im weiteren Leben dauerhaft zur Verfügung. Belegbar erscheint dabei zum gegenwärtigen Zeitpunkt, dass schwere Formen der Vernachlässigung mit einem verlangsamten Gehirnwachstum in den ersten Lebensjahren und einem herabgesetzten Stoffwechsel in einigen Gehirnarealen einhergehen. Die neurobiologischen, meist tierexperimentellen Studien untersuchen das komplexe Zusammenwirken von endogenen Reifungsprozessen, Umweltreizen und Interaktion von Stresshormonen und Neurotransmittern. Gezeigt wurde dabei, dass Misshandlung als chronische Stresseinwirkung auf den Organismus zu Dysregulationen in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse, im Parasympathikus und dem Katecholaminsystem führt. Die chronische katecholaminerge Hyperstimulation scheint sich direkt hemmend auf die neuronale und axonale Entwicklung und Differenzierung auszuwirken. Als Folge sind verschiedentlich messbare Verringerungen des Hirnvolumens, insbesondere im Hippocampus, Corpus callosum und der Amygdala beschrieben worden (Shonkoff u. Garner 2015). Die wesentlichen entstehenden psychischen Kontrollsysteme sind die Stressverarbeitung, die Bedrohungsempfindlichkeit und Frustrationstoleranz, die Impulsivität und Impulskontrolle, Belohnungsempfindlichkeit und -erwartung, Bindung und Sozialität (Empathie, Theory of Mind) sowie das Realitätsbewusstsein und die Risikowahrnehmung (Fuchs 2013). Alle diese Kontrollsysteme können nur in der interpersonalen affektiven Kommunikation und im Rahmen sozialer Interaktionen gefestigt werden. Deprivationserfahrungen bei Vernachlässigung führen zu Rückständen in der sozial-emotionalen, aber auch der kognitiven und sprachlichen Entwicklung. Wie gravierend die Auswirkungen sein können, zeigen Langzeitstudien von aus rumänischen Waisenhäusern adoptierten Kindern, die allerdings nicht nur unter emotionaler Vernachlässigung, sondern auch unter körperlicher Vernachlässigung und ggf. Misshandlungen gelitten hatten. Die neurobiologischen Prozesse beeinflussen wiederum die seelische und soziale Entwicklung eines Kindes und bieten eine mehr oder weniger gute Grundlage, mit Herausforderungen und Krisen umgehen und soziale Beziehungen gestalten zu können. Eltern, die eine solche emotionale Basisversorgung nicht kontinuierlich anbieten können, geraten rasch in einen Teufelskreis sich negativ verstärkender Interaktionen, da auch das Kind mit Irritabilität, Unruhe, Verunsicherung oder Lethargie reagiert (Spitzer u. Grabe 2012). Ob solche Symptome bei einem jungen Kind als Hinweis auf eine emotionale Vernachlässigung gewertet werden können oder andere Ursachen im Rahmen von Erkrankungen oder Entwicklungsstörungen haben, bedarf einer sehr sorgfältigen Differentialdiagnostik.

12.6 Prävention und Intervention bei früher Vernachlässigung

Bei den präventiven Angeboten der Frühen Hilfen werden häufig videogestützte Interaktionsanalysen angeboten; hierbei geht es um das Einüben von positiven Eltern-Kind-Interaktionen, damit sich ein sicherer Bindungsstil mit dem Kind entwickeln kann (vgl. ▶ Kap. 13.3). Primär präventive Elternkurse wurden zur Erhöhung der elterlichen Feinfühligkeit und/oder der kindlichen Bindungssicherheit entwickelt und angeboten, allerdings in regional sehr unterschiedlichem Ausmaß. In allen Langzeituntersuchungen zeigte sich, dass den frühkindlichen Bindungsbeziehungen eine hohe Bedeutung für den

weiteren Entwicklungsverlauf der Kinder zukommt (Cierpka 2012).

Bei bereits gesicherter Diagnose einer emotionalen Kindesvernachlässigung und damit verbundenen Symptomen müssen entweder die Sorgeberechtigten befähigt werden, eine wenigstens ausreichend gute Elternschaft zu entwickeln; darüber hinaus muss das Kind durch zusätzliche sekundäre Bindungspersonen die Möglichkeit einer kompensatorischen Erfahrung machen (z. B. Tagespflege mit spezifischen Kompetenzen). Das Fenster der Möglichkeiten für die Etablierung einer sicheren Bindung und seelischer Kontrollsysteme beschränkt sich auf die ersten drei Lebensjahre, sodass Hilfen hier in ausreichender Quantität und Qualität erforderlich sind. Für sehr junge Kinder, die von intrafamiliärer emotionaler Vernachlässigung betroffen sind, kann eine Krippenbetreuung mit besonders gut ausgebildeten Erzieherinnen, die die Funktion als Bindungsperson einnehmen und ausreichend kontinuierlich anwesend sind, positive, nachhaltige Effekte haben. Treffen diese Kinder jedoch auf eine qualitativ schlecht ausgestattete Krippe oder Tagespflegestelle, können sich die Symptome bei zusätzlichen neuen Misserfolgserlebnissen und Überforderungen verstärken. Insbesondere bei hoher Risikokonstellation muss ein langer Zeitraum der Unterstützung eingeplant werden; eine dauerhafte Verbesserung von Bindungsqualitäten ist nicht durch kurze Interventionen zu erreichen. Bei Fremdunterbringungen müssen der potenzielle Nutzen für eine Entwicklungsförderung und der Schutz des Kindes abgewogen werden gegenüber dem Risiko, das für die seelische Entwicklung bei wiederholtem Verlust der Bindungspersonen resultiert. Sehr häufig handelt es sich um einen mindestens zweifachen Wechsel, wenn ein Kind im Alter unter einem Jahr vollstationär in eine Pflegefamilie (häufig Kurzzeitpflege bis zu drei Monaten Aufenthaltsdauer) und anschließend wieder in die Ursprungsfamilie zurückgeführt wird, da die leiblichen Eltern dem Kind dann nicht mehr als bereits bekannte, verlässliche Personen vertraut sind. Daher ist eine kontinuierliche und intensive Eltern-Kind-Arbeit mit der Ursprungsfamilie erforderlich, gerade wenn die Kinder sehr jung sind und eine Rückführung in Aussicht steht. Da dies die pädagogischen Kompetenzen vieler Pflegefamilien übersteigt, ist Unterstützung durch die Jugendhilfe erforderlich.

Literatur

Alexander SM, Baur LA, Magnusson R, Tobin B (2009) When does severe childhood obesity become a child protection issue? MJA 190: 136–139

American Academy of Pediatrics (2015) Section on Tobacco Control. Policy statement: clinical practice policy to protect children from tobacco, nicotine, and tobacco smoke. Pediatrics 136: 1008–1017 pediatrics.aappublications.org/content/136/5/1008

Best D and Committee on Environmental Health, Committee on Native American Child Health, and Committee on Adolescence. American Academy of Pediatrics (2009; bestätigt 2014). Secondhand and Prenatal Tobacco Smoke Exposure. Pediatrics 124: e1017–e1044. pediatrics.aappublications.org/content/124/5/e1017.full.pdf+html

Braillon A, Bewley S, Dubois G (2010) Secondhand smoke is the most frequent cause of child maltreatment. Eur J Pediatr 169: 1167

Cierpka M (2012) Familienstützende Prävention. In: Cierpka M (Hrsg.) Frühe Kindheit 0–3 Jahre. Springer Verlag, Heidelberg, S 523–531

Chatoor I (2012) Fütterstörungen bei Säuglingen und Kleinkindern. Klett-Cotta, Stuttgart

Core Info (November 2014a) Systematic Review Early Years Neglect/Emotional Abuse. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/emotional-neglect (Abruf 03.10.2015)

Core Info (November 2014b) Systematic Review School Aged Neglect. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/school-aged-neglect (Abruf 03.10.2015)

Core Info (März 2014c) Systematic Review Teenage Neglect/Emotional Maltreatment. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/ teenage-neglect-em (Abruf 03.10.2015)

Core Info (November 2014d) Systematic Review Dental Neglect. www.core-info.cardiff.ac.uk/reviews/ dental-neglect (Abruf 03.10.2015)

Danese A, Tan M (2013) Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. Molecular Psychiatry 19: 544-554

Deegener G, Körner W (2005) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung – Ein Handbuch. Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto

Deutsche Liga für das Kind (2014) Hintergrundpapier zur medizinisch nicht erforderlichen Genitalbeschneidung des männlichen Kindes. Berlin; Abruf unter liga-kind.de/downloads/Hintergrundpapier_Genitalbeschneidung_140124.pdf

Fuchs T (2013) Das Gehirn – Ein Beziehungsorgan. 4. aktualisierte und erweiterte Auflage. Kohlhammer, Stuttgart

Jones DJ, Gonzalez M, Ward DS, Vaughn A, Emunah J, Miller L, Anton M (2014) Should child obesity be an issue for child protective services? A call for more research on this

critical public health issue. Trauma Violence Abuse 15: 113–25

Kaufhold G, Pothmann J (2014) Gefährdungseinschätzungen im Zahlenspiegel – Altersverteilungen, Meldergruppen, Kindeswohlgefährdungen. In: KomDat Jugendhilfe, 16. Jahrgang 2013, H. 3, S. 9–12 (Ausgabe ist verfügbar unter: www.akjstat.tu-dortmund.de >> KomDat >> Archiv)

Kent L, Laidlaw JD, Brockington IF (1997) Fetal abuse. Child Abuse Negl 21: 181–186

Klitzing K von, Doehnert M, Kroll M, Grube M (2015) Psychische Störungen in der frühen Kindheit. Dtsch Ärztebl Int 112: 375–86

Maguire SA, Williams B, Naughton AM et al. (2015) A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-aged children experiencing neglect or emotional abuse. Child Care Health Dev 41: 641–53

Mash C, Frazier T, Nowacki A, Worley S, Goldfarb J (2011) Development of a risk-stratification tool for medical child abuse in failure to thrive. Pediatrics 128 e1467–e1473

Naughton AM, Maguire SA, Mann MK, Lumb RC, Tempest V, Gracias S, Kemp AM (2013) Emotional, behavioural, and developmental features indicative of neglect or emotional abuse in preschool children: a systematic review. JAMA Pediatrics 167: 769–775

Nützenadel W (2011) Gedeihstörungen im Kindesalter. Dtsch Arztebl Int 108: 642–649

Öberg M, Jaakkola MS, Woodward A, Peruga A, Prüss-Ustün A (2010) Worldwide burden of disease from exposure to second-hand smoke: a retrospective analysis of data from 192 countries. Lancet 376(9760): 139–146

Rosewich M (2012) Auswirkungen des Aktiv- und Passivrauchens auf die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Päd Prax 79: 279–286

Shonkoff JP, Garner AS and the Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pdediatrics (2012) TECHNICAL REPORT. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. Pediatrics, 129: e232; DOI: 10.1542/peds.2011-2663

Smith C and the Committee on Substance Abuse, and Committee on Fetus and Newborn of the American Academy of Pediatrics (2013) Technical Report: Prenatal Substance Abuse: Short- and Long-term Effects on the Exposed Fetus. Pediatrics 131:e1009–e1024. Technical Report: Prenatal Substance Abuse: Short- and Long-term Effects on the Exposed Fetus. Pediatrics 131: e1009–e1024 (Abruf: pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e1009.full.pdf+html)

Spitzer C, Grabe HJ (2012) Kindesmisshandlung – psychische und körperliche Folgen im Erwachsenenalter. Kohlhammer, Stuttgart

St Helen G, Jacob P III, Peng M, Dempsey DA, Hammond SK, Benowitz NL (2014) Intake of toxic and carcinogenic volatile organic compounds from secondhand smoke in motor vehicles. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 23: 2774–2782

Stoltenborgh M et al. (2013) The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 48: 345–355

Thyen U (2008) Neglect of neglect. Umgang mit Vernachlässigung von Kindern in der ärztlichen Praxis. Monatsschr Kinderheilkd 156: 654–661

Thyen U, Pott E (2015) Konzepte der Frühen Hilfen in Deutschland und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen. In: Egle U et al. Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. Stuttgart, Schattauer, 4. Auflage, S 744–763

Varness T, Allen DB, Carrel AL, Fost N (2009) Childhood obesity and medical neglect. Pediatrics 123: 399–406

World Health Organization (2002) World Report on Violence and Health (eds. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R), World Health Organization, Geneva

Risikofaktoren, emotionale Misshandlung und psychische Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_13, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Kinder haben vielfältige Entwicklungsbedürfnisse, die nur in einem sozialen Kontext verwirklicht werden können, der ausreichenden Schutz, Ernährung, Sicherheit und menschliche Zuwendung garantiert. Die Unreife des Gehirns des menschlichen Säuglings bei der Geburt und in den ersten Lebensjahren bietet große Chancen, das biologische Potenzial durch positive Einflüsse zu nutzen und zu stärken, aber auch Risiken, es durch negative Einflüsse einzuschränken.

Das Wechselspiel der biologischen Mitgift des Individuums und der sozialen Umwelt wird durch die Vernetzung von entwicklungspsychologischer und neurobiologischer Forschung zunehmend besser verstanden. Wichtige Instrumente der Interaktion sind die sensorische Kontaktaufnahme, Spiegelung von Reaktionen auf innere und äußere Stimuli, Bestärkung von Gegenseitigkeit und Gemeinsamkeit, die die Herausbildung einer »inneren Welt« beim Kind ermöglichen. Dabei zeigt sich, dass ein einfaches Risiko-Folgen-Modell zu schädlichen Einflüssen die Wirksamkeit von schützenden personenbezogenen und umweltbezogenen Faktoren zu wenig beachtet hat. Das psychosoziobiologische Modell zur Entstehung von Funktions- und Teilhabestörungen (International Classification of Functioning, Disability and Health, WHO) und Antonovskys Konzept der Salutogenese (Gesundwerdung) sind hilfreich zum Verständnis der Anpassungsprozesse nach Gewalterfahrungen. Diese Modelle unterscheiden sich damit von traditionellen, auf negative Veränderungen fixierten Konzepten der Pathogenese.

Der Begriff der Gesundheit wird hier in einem sehr breiten Sinn verstanden, der über das körperliche Wohlbefinden hinausgeht und Aspekte der seelischen und sozialen Gesundheit einschließt. Er berücksichtigt die Dynamik von Entwicklungsprozessen und nutzt eine Perspektive von Übereinstimmung oder Diskrepanzen zwischen Entwicklungspotenzialen und -chancen einerseits und Entwicklungshemmnissen und -problemen andererseits. Gesundheit kann nach diesen Konzepten nur im Kontext der aktuellen Lebensumstände eines jeden Individuums verwirklicht werden.

13.1 Hintergrund

Aus entwicklungspsychologischer Sicht lassen sich Art und Umfang der seelischen Schädigung des Kindes nur bedingt aus der Schwere der sichtbaren Misshandlung, d. h. den Handlungen und Unterlassungen der Erwachsenen, ableiten. Dafür sind im Wesentlichen drei Gründe anzuführen:

- **Komplexität der Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrung:** Die verschiedenen schädigenden Einflüsse kommen fast nie isoliert voneinander vor. Kinder, die körperlich misshandelt werden, erleben häufig auch emotionale Ablehnung oder unzuverlässige Zuwendung und mangelnde Förderung. Kinder, die sexuell misshandelt werden, sind oft in der Vorgeschichte vernachlässigt worden oder haben Verwahrlosung erlebt. Aus diesem Grund sind Entwicklungsstörungen nicht einzelnen, spezifischen Ursachen oder Handlungsmustern zuzuordnen.
- **Entwicklungsspezifische Aufgaben:** Das Ausmaß der Folgen hängt sowohl vom Alter des Kindes zum Zeitpunkt der Misshandlungen oder der Vernachlässigung ab als auch vom Zeitpunkt der (Nach-) Untersuchung. Die Beeinträchtigungen werden beeinflusst vom aktuellen Entwicklungsstand des Kindes und manifestieren sich darin, dass altersentsprechende Aufgaben bzw. Herausforderungen nicht bewältigt werden können oder aber latente Störungen im Rahmen neuer Entwicklungsaufgaben manifest werden. Seelische Folgen von Gewalterfahrungen werden oft erst Jahre später erkennbar, wenn schwierige Entwicklungsübergänge nicht gelingen oder eine Retraumatisierung auftritt.
- **Balance von Risiken und Ressourcen:** Eine Vielzahl verschiedener Faktoren beeinflusst die Entwicklungsprognose ehemals misshandelter Kinder. Die schädigenden Einflüsse werden umweltbezogen als Risikofaktoren und personenbezogen als Vulnerabilität bezeichnet, während die schützenden Einflüsse umweltbezogen als Ressourcen und personenbezogen als Resilienz (Widerstandsfähigkeit) des Kindes aufgefasst werden können.

Die schädigenden und schützenden Einflüsse auf die Kindesentwicklung wirken nicht immer gleichartig, sondern abhängig vom Alter und Entwicklungsstand des Kindes. Schützende Einflüsse finden Kinder auch häufig in Personen ihres sozialen Nahfeldes oder in einer insgesamt an haltenden und fördernden Beziehungsangeboten reichen Umgebung. Kindesmisshandlung wirkt am gravierendsten dort, wo spezifische Entwicklungsprozesse und Entwicklungsaufgaben des Kindes massiv behindert oder gestört werden. Gerade die am schwierigsten zu behandelnden Beziehungskonstellationen zeichnen sich häufig durch eine Ressourcenarmut aus. Unter dem Begriff der Resilienz werden adaptive Fähigkeiten eines heranwachsenden Kindes verstanden, die zu einer verminderten Verletzlichkeit gegenüber negativen Erfahrungen, Stress und psychosozialen Risiken führen. Resilienz ist nicht angeboren, sondern entsteht aus einem günstigen Zusammenwirken von persönlicher Befähigung des Kindes wie Konstitution, Temperament, Intelligenz, Neugierverhalten, Entwicklungsfreude und bisherigen positiven Erfahrungen mit der Bewältigung von Krisen und dem Vorhandensein äußerer Ressourcen, insbesondere unterstützenden Personen, aber auch sicheren Lebensbedingungen (Bender u. Loesel 2015).

13.2 Entwicklungsbedürfnisse von Kindern

Die Entwicklungsbedürfnisse von Kindern sind vielfältig. Zunächst sind hier die basalen Bedürfnisse insbesondere des jungen Kindes zu nennen, die befriedigt werden müssen: Hunger und Durst, Pflege des Körpers besonders bei Krankheit, sichere, saubere und warme Behausung, Ruhe, Entspannung und Schlaf, emotionale Bedürfnisse nach Bindung, Kontakt, Wahrnehmung und Kommunikation, Spiel und Lernen sowie soziale Gemeinschaft und Teilhabe. Kinder brauchen daher Eltern als verantwortliche und verlässliche erwachsene Personen, die sie versorgen, annehmen und lieben. Diese Bedürfnisse können nur realisiert werden, wenn die Eltern über die notwendigen persönlichen intuitiven und kognitiven Kompetenzen verfügen.

Eltern und Familien gestalten einen überschaubaren sozialen Nahraum, in dem sich ihre sozialen und emotionalen Kompetenzen im Austausch mit anderen Menschen verwirklichen. Bei den elterlichen Kompetenzen spielen die Fähigkeit zur offenen Begegnung, zur passenden Einfühlung und nicht zuletzt die Fähigkeit, sich am Kind und dessen Entwicklung zu freuen, eine wesentliche Rolle (◘ Tab. 13.1).

Die Verwirklichung der Entwicklungsbedürfnisse ermöglicht die Herausbildung einer persönlichen Identität, soziales Wohlbefinden und Selbstwirksamkeit in der Begegnung mit Herausforderungen aus der Um-, Mit- und Innenwelt. Die Möglichkeiten der Eltern, dies anzubieten, hängen wiederum vom Kontext und der Lebenswelt der Familie ab. Insbesondere zählen dazu Ressourcen der Gemeinschaft, die soziale Integration der Familie, ökonomische Möglichkeiten und Erwerbstätigkeit, Wohnraum und Zusammenleben sowie

◘ Tab. 13.1 Bedürfnisse des Kindes, elterliche Kompetenzen und Lebensbedingungen

Grundbedürfnisse des Kindes	Elterliche Kompetenzen	Lebensbedingungen
Emotionen ausdrücken und verstehen Verlässlichlichkeit in Beziehungen und stabile Bindung Umwelterfahrung, Lernen und Bildung Seelisches und körperliches Wohlbefinden Persönliche Identität und Selbstständigkeit Soziale Anerkennung und Partizipation Erfahrungen mit Konflikten und hinreichend guter Lösung Selbst-Regulation und Stressverarbeitung	Sicherstellen der Grundversorgung Sicherheit und Schutz gewähren Emotionale Wärme Anregung und Anleitung Stabilität in der Lebensführung Kontinuität in Beziehungen Abgrenzung eigener Bedürfnisse Intuition	Ressourcen der Gemeinschaft Soziale Integration der Familie Arbeit und finanzielle Lage Kindgerechtes Wohnumfeld Ressourcen der erweiterten Familie einschließlich Verwandtschaft Gestaltung des sozialen Nahfeldes Schutz vor äußeren Gefahren und schädigenden physischen und sozialen Einflüssen



Abb. 13.1 Entwicklungsbedürfnisse, elterliche Befähigung und Kontextfaktoren

Gestaltung verwandtschaftlicher und freundschaftlicher Beziehungen (Abb. 13.1).

13.3 Eltern-Kind-Interaktion und -Bindung

Vernachlässigung wie auch Misshandlung sind in der Regel Folge einer Dysfunktion im System Eltern-Kind-Umgebung. Für eine fördernde Eltern-Kind-Beziehung sind vier wesentliche Eigenschaften von Eltern erforderlich. Diese sollten in **hinreichendem** Maß vorhanden sein:

- die Fähigkeit der Empathie und Kommunikation mit dem Kind,
- die Fähigkeit, das Kind realistisch wahrzunehmen,
- die Fähigkeit zu realistischen Erwartungen an das Kind,
- die Fähigkeit, aggressives Verhalten gegenüber dem Kind zurückzuhalten.

Nur wenn Eltern diese Funktionen in ausreichendem Maß anbieten können, kann das Kind eine sichere Bindung entwickeln, die zum Modell für zukünftige menschliche Beziehungen wird.

13.3.1 Erforderliche Fähigkeiten der Eltern

- **Fähigkeit der Empathie und Kommunikation mit dem Kind**

Nach der Bindungstheorie ist dies eine grundlegende elterliche Fähigkeit für die Entwicklung von Kindern. Eltern müssen in der Lage sein, ihre eigenen Interessen zurückzustellen, um die Situation des Kindes zu verstehen. Sie müssen emotional verfügbar sein für das Kind, wenn das Kind sie braucht. In der Kommunikation mit dem Kind haben Eltern sowohl die Aufgabe, die Autonomie und Würde des Kindes zu achten, als auch in Bezug auf seinen Entwicklungsstand angemessen zu antworten. Dies impliziert die grundlegende Fähigkeit, sich in das Kind hineinzuversetzen.

- **Fähigkeit, das Kind realistisch wahrzunehmen**

Es ist nicht ungewöhnlich, dass misshandelnde Eltern ein verzerrtes Bild haben von ihren Kindern und dem, was diese entsprechend ihrem Entwicklungsstand leisten können. Dem Kind werden Eigenschaften, Fähigkeiten oder Intentionen zugeschrieben, die aus Sicht anderer unzutreffend oder unangemessen sind. Die unrealistische Einschätzung kann zu Über- und Unterforderung des

Kindes, aber auch zu einem verzerrten Selbstbild führen.

- **Fähigkeit zu realistischen Erwartungen an das Kind**

In manchen Familien erwarten die Eltern von ihren Kindern Fürsorge und Trost statt umgekehrt. Es lastet ein großer Druck auf dem Kind, Bedürfnisse zu erfüllen, die hätten erfüllt werden müssen, als die Eltern selbst Kinder waren. In dieser Situation fordern Eltern dann von ihren Kindern zweierlei: Die Kinder sollen die Eltern für das entschädigen, was die eigenen Eltern ihnen selbst vorenthalten haben, und sie sollen die Eltern für die mit den eigenen Eltern erlittenen Frustrationen trösten. Dies scheint besonders für sehr junge Mütter zuzutreffen.

In dem Bestreben, von ihren Eltern anerkannt zu werden, versuchen viele Kinder, ihren Eltern diese liebevollen Ersatzeltern zu bieten. In dem Konflikt zwischen den eigenen kindlichen Bedürfnissen nach Versorgung sowie Anerkennung und dem Zwang, sich ihren Eltern zur Verfügung zu stellen, werden sie jedoch früher oder später überfordert sein.

Zu unrealistischen Erwartungen und Anforderungen gehören auch überhöhte Anforderungen an die Selbstständigkeit, z. B. an die Sauberkeitsentwicklung des Kindes. Auch eine unzureichende Aufsicht des Kindes, mangelnde Sicherheit und Übertragung nicht altersgemäßer Aufgaben fallen in diesen Bereich.

Problematische elterliche Beziehungsqualitäten können überinvolviertes Verhalten bedeuten, das mit übermäßiger Dominanz, Inkonsistenz oder fehlender Abgrenzung einhergeht, aber auch mit Überbesorgnis und Ängstlichkeit, was für die Kinder eine deutliche Einengung ihres Entwicklungsraums bedeutet und das Explorationsverhalten begrenzt. Unterinvolviertes Verhalten ist davon gekennzeichnet, dass die kindlichen Signale nicht wahrgenommen werden, die Eltern sich zurückziehen und nicht erreichbar sind und das Kind vernachlässigen, was die Entwicklungsfreude und das Aktivitätsniveau beeinträchtigt; offensichtlich ärgerlich/feindseliges Verhalten mit Ablehnung, Abwehr und negativem Affekt ist oft mit Reaktivierung eigener Traumata der Eltern verbunden und kann in besonderem Maße in chaotische Bindungsmuster münden (Klitzing et al. 2015).

- **Fähigkeit, aggressives Verhalten dem Kind gegenüber zurückzuhalten**

Eltern müssen in der Lage sein, ihren eigenen Schmerz und/oder ihre eigene Aggression zurückzuhalten, also nicht gegenüber den Kindern auszuleben. Wir sprechen von der Fähigkeit, Impulse zu kontrollieren. Dies ist ein wichtiger Aspekt bei drogen- bzw. alkoholabhängigen und/oder psychisch kranken Eltern.

> **Von Eltern wird die Fähigkeit erwartet, den Bedürfnissen eines Kindes Vorrang vor den eigenen Bedürfnissen einzuräumen. Eltern müssen in der Lage sein, eigenen Schmerz und eigene Aggressionen zu kontrollieren.**

13.3.2 Bindungstheorie

In fortwährenden, sich gegenseitig verstärkenden Interaktionskreisen entwickelt sich das kindliche Selbst als Antwort auf den Anderen. Das Gegenüber sind meistens die Eltern, es können aber auch andere Pflegepersonen sein – entscheidend ist die Qualität der Beziehung. Winnicott hat hierfür Anfang der 50er Jahre den Begriff des »Good-Enough-Mothering« geprägt, was später zum »Good-Enough-Parenting« (ausreichend gute Elternschaft) erweitert wurde. Kinder brauchen auch Herausforderungen, Krisen und Beziehungsschwierigkeiten, um zu lernen und sich regulieren zu können, aber diese müssen zu bewältigen sein. In der Regel gelingt dies mit ausreichender Unterstützung. Eine sichere Bindung gilt als wesentlicher Schutzfaktor und Puffer gegenüber der Einwirkung von Risikofaktoren. Voraussetzung für die Entwicklung einer sicheren Bindungsbeziehung ist eine positive Beziehung zwischen Eltern und Kind. Positive Interaktionsprozesse ermöglichen Entwicklungsfortschritte, Eltern bieten hier den »sicheren Hafen«, von dem aus das Kind die Welt explorieren kann und zu dem es jederzeit zurückkehren kann, um Trost, Schutz und Versorgung sowie gemeinsame Freude über die Fortschritte zu erfahren.

Die Bindungstheorie, von John Bowlby Ende der 1960er Jahre begründet und von Mary Ainsworth

durch ihre empirische Forschung weiterentwickelt, hat einen wesentlichen Beitrag zum Verständnis der Entwicklung des jungen Kindes in der Familie geleistet (Otto 2011). Sie beschreibt drei grundsätzliche organisierte Bindungsmuster, die als deskriptive Konstrukte eine Orientierung bieten, aber keine expliziten Bindungsstörungen beschreiben.

Sichere Bindung Hier vertraut das Kind darauf, dass ein Elternteil oder eine Elternfigur verfügbar, verständnisvoll und helfend ist, wenn es in eine feindliche oder erschreckende Situation kommt. Mit dieser Sicherheit fühlt es sich frei, die Welt zu erkunden. Dieses Muster wird von Eltern gefördert, die bereitwillig zur Verfügung stehen, die empfindsam für die Signale ihres Kindes sind und die ihm liebevoll entgegenkommen, wenn es Schutz oder Trost sucht.

Ängstliche Bindung (unsicher ambivalentes Muster) Hier ist das Kind unsicher, ob die Elternperson verfügbar sein wird, Antworten geben oder helfen wird, wenn es (akut) erforderlich ist. Aufgrund dieser Unsicherheit ist das Kind immer wieder von Trennungsangst bestimmt, neigt dazu zu klammern und hat Angst, die Welt zu erkunden. Dieses Muster, in dem der Konflikt offensichtlich ist, wird durch Eltern gefördert, die manchmal verfügbar und hilfreich sind und manchmal nicht.

13

Bindungsvermeidung (unsicher gehemmtes Muster) Hier hat das Kind kein Vertrauen, dass hilfreich auf seine Bedürfnisse an Fürsorge reagiert wird. Im Gegenteil erwartet es, zurückgewiesen zu werden. Wenn diese Erfahrung in ausgeprägtem Maß vorliegt, versucht eine solche Person, ihr Leben ohne die Liebe und Unterstützung durch andere zu leben; sie versucht, emotional selbstgenügsam zu werden und mag später als narzisstisch eingestuft werden. Dieses kindliche Verhaltensmuster, in dem sich der Eltern-Kind-Konflikt stärker verdeckt darstellt, ist das Ergebnis von Zurückweisung des Kindes durch die Eltern, wenn es sich, Trost oder Schutz suchend, an sie wendet.

Diese sogenannten organisierten Bindungsmuster wurden durch die Forschungsarbeiten von Mary Main um das **desorganisierte bzw. desorientierte Bindungsmuster** ergänzt. Hierbei fehlt ein organisiertes Stressbewältigungsmuster. Kinder, die diesem Bindungstyp zugeordnet werden können, zeigen kein konsistentes Bindungsmodell zu ihren Bezugspersonen. Sie verfügen über unterschiedliche Bewältigungsmodelle, die zum Teil zueinander im Widerspruch stehen oder nicht miteinander integrierbar sind. Im Verhalten dieser Kinder ist keine einheitliche Strategie zu erkennen und ein situativ nicht angemessener häufiger Wechsel zwischen Nähe suchen und vermeiden zu beobachten. Weitere fortgeschrittene Erscheinungsformen können sich in Verhaltensstereotypien, Einfrieren von Bewegungen oder dissoziativen Zuständen äußern. Bei Kindern, die dieses Bindungsmuster zeigen, besteht das höchste Risiko, später Psychopathologien oder Bindungsstörungen zu entwickeln. Eine weitere Differenzierung und ein Zusammenhang mit psychischen Störungen im Kleinkindesalter wie den frühen Fütterstörungen, frühkindlichen Depressionen und Regulationsstörungen von Motorik und Affekt wurden von Klitzing und Kollegen aktuell beschrieben (2015).

Die Kenntnis der Bindungstheorie und die Untersuchung von Bindungsverhalten ist häufig Voraussetzung für familienrechtliche Gutachten bei der Klärung von Umgangs- und Sorgerecht, insbesondere auch bei Verfahren nach § 1666 BGB, wenn es um den Entzug elterlicher Sorge bei Kindeswohlgefährdung geht (Kindler et al. 2006). Dabei sind die Gerichte auf die Expertise der beauftragten Gutachter angewiesen, die aufgrund der langfristigen Folgen ihrer Empfehlungen besondere Sorgfalt walten lassen müssen. Aktuelle Untersuchungen im Bereich des Oberlandesgerichtes Hamm zeigten jedoch auf, dass nur eine Minderzahl der untersuchten 116 Gutachten erforderliche Qualitätskriterien erfüllte; dies betraf insbesondere die Bindungspsychologie (Stürmer et al. 2015).

13.4 Risikofaktoren

Gewalt gegen Kinder ist sowohl Ausdruck gestörter Beziehungen zwischen Erwachsenen und Kindern als auch Ausdruck gestörter familiärer Systeme. Der soziale Kontext einer Familie spielt jedoch eine entscheidende Rolle bei der Frage, ob sich Risiken derart auswirken, dass sie zu einer Misshandlung oder

Vernachlässigung des Kindes führen. Sozioökonomische Belastungen bzw. Armutsverhältnisse spielen eine nicht unbedeutende Rolle, weil sie Familien mit geringen sozialen und emotionalen Kompetenzen zusätzlich vulnerabler machen (Abb. 13.1).

13.4.1 Problemlagen von Familien

Risikofaktoren im sozialen Bereich für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

- Armut in Verbindung mit psychosozialem Stress
- Sehr junge Elternschaft
- Alleinerziehender Elternteil
- Sozial verarmte Nachbarschaften
- Erkrankungen der Eltern, insbesondere Depression und Suchterkrankungen

Die in der Übersicht genannten Umstände erhöhen das Risiko für ein Kind, misshandelt zu werden. Allerdings sind diese Risikofaktoren untauglich, im Einzelfall zur diagnostischen Klärung beizutragen. Es handelt sich um statistisch verifizierte Risiken bezogen auf ein größeres Kollektiv. Gesichert ist, dass die Mehrzahl der ökonomisch und sozial benachteiligten Eltern ihre Kinder nicht vernachlässigt, misshandelt oder sexuell missbraucht. Dennoch muss im Rahmen präventiver Bemühungen die Kenntnis über die Auswirkungen von belastenden Risikofaktoren dazu führen, dass Familien in schwierigen Lebensverhältnissen ggf. unterstützt werden. Kausale Zusammenhänge können nur in longitudinalen Studien untersucht werden, von denen die wenigsten die spezifischen Interaktionen zwischen benachteiligenden Lebensumständen und Gewalt- oder Vernachlässigungserfahrungen und der späteren seelischen oder körperlichen Gesundheit in den Blick nehmen. Querschnittsstudien mit retrospektiver Erhebung können allenfalls Assoziationen beschreiben und sind durch erhebliche Verzerrungen gekennzeichnet (Egle 2015).

Die Ursachen von Entwicklungsstörungen sowie Entwicklungsverzögerungen eines Kindes können vielfältig sein und sollten sozialpädiatrisch abgeklärt werden. In vielen Fällen lässt sich keine körperliche Erkrankung oder Schädigung in der Vorgeschichte eruieren und die Lebensumstände weisen auf eine Deprivationserfahrung hin, die überwiegend durch soziale Benachteiligung und Armut, kulturelle und sprachliche Barrieren, fehlenden Zugang zu Versorgungssystemen und mangelnde Bildungsangebote erklärt werden kann. Inwiefern die Eltern diese Umstände hätten überwinden können, um dem Kind eine bestmögliche Entwicklung gewähren zu können, erscheint häufig aufgrund der vielfältigen Belastungen und mangelnden Ressourcen fraglich. Andererseits führen Vernachlässigung und wiederkehrende Gewalterfahrungen, die in belasteten Familien häufiger anzutreffen sind, zu den gleichen klinischen Symptomen. In jedem Fall besteht eine Gefährdung des Kindeswohls, die gemeinsam mit den Eltern abgewendet werden muss. Die Mittel dazu müssen sich an den Bedürfnissen des Kindes und den Möglichkeiten der Familie orientieren und können in überwiegender Förderung des Kindes, z. B. durch Frühförderung, in Stabilisierung des Familiensystems durch sozialpädagogische Hilfen, in konkreter Erziehungsberatung und Fallmanagement durch den allgemeinen sozialen Dienst, gesundheitliche Hilfen und ärztlich/psychotherapeutische Behandlung der Eltern bestehen. Bevor Eltern das Sorgerecht vollständig oder zum Teil abgesprochen werden kann, müssen nach SGB VIII alle Möglichkeiten der Unterstützung und Befähigung ausgeschöpft sein.

Das Aufwachsen in Armut stellt den bedeutsamsten und einflussreichsten Faktor für ungleiche Chancen auf eine gesunde Entwicklung dar. Da es sich um einen potenziell veränderbaren Faktor handelt, müssen größere gesellschaftliche Anstrengungen unternommen werden, um diesen Risikofaktor abzuwenden. Mangelnde familiäre Ressourcen führen beispielsweise zu einer Verdreifachung des Risikos, seelische Entwicklungsstörungen zu entwickeln. Im bundesweiten Kinder- und Jugendsurvey hatten etwa 11% der Kinder aus Familien mit hohem Sozialstatus erhöhte Werte in einem Screeningtest für seelische Probleme, während dies etwa 20% in Familien mit mittlerem Sozialstatus, aber 30% in Familien mit niedrigerem Sozialstatus waren (Hölling et al. 2014). Die Auswirkungen von Armut auf die Entwicklungs- und Bildungschancen von Kindern werden durch die Kinder- und Jugendbe-

richte sowie die Familienberichte der Bundesregierung eindrücklich dokumentiert. Die dramatische Zunahme der Kinderarmut in der Bundesrepublik Deutschland muss in der Beurteilung von Entwicklungschancen von Kindern und der Planung entsprechender Interventionen eine zentrale Rolle spielen.

Alleinerziehende Eltern nehmen deutlich häufiger Hilfen zur Erziehung in Anspruch oder sind häufiger von der Abklärung einer Kindeswohlgefährdung betroffen. Während insgesamt etwa ein Fünftel aller Kinder bei alleinerziehenden Eltern leben, haben diese Familien bei den Gefährdungsmeldungen einen Anteil von 43% (Pothmann 2013). Alleinerziehende Eltern tragen auch ein sehr hohes Armutsrisiko, allerdings erklären die sozialen Faktoren nur einen Teil der gesundheitlichen Benachteiligungen dieser Kinder, wie eine bayrische Studie zeigen konnte (Scharte et al. 2012). Das dauerhafte Fehlen eine weiteren Bindungsperson im Sinne der Möglichkeit, zu triangulieren, eine unklare Generationengrenze und psychische Belastungen der alleinerziehenden Eltern (in der großen Mehrheit Mütter) spielen als weitere Einflussfaktoren eine Rolle. Inwieweit junge Elternschaft unabhängig von den beiden anderen Faktoren »Armut« und »Status als Alleinerziehende« eine unabhängige Wirkung hat, ist noch nicht ausreichend untersucht. Als gänzlich unabhängiger Faktor dürfte er eine eher untergeordnete Rolle spielen.

Es sind vermutlich nicht einzelne Risikofaktoren, die für sich allein das Gewaltpotenzial in einer Familie erhöhen können, denn das Risiko kann durch protektive Faktoren wie ein unterstützendes soziales Umfeld, Kinderfreundlichkeit der umgebenden Lebenswelt, ausreichende außerfamiliäre Betreuung und proaktive Hilfesysteme vermindert werden. Eine defizitorientierte Sicht ist abgelöst worden von einer Analyse sowohl der Risiken als auch der Ressourcen, der Möglichkeiten und der Barrieren.

Die Lebenswelten von Familien und die Struktur sozialer, gesundheitlicher und pädagogischer Versorgungssysteme sind in einen gesellschaftlichen, politischen und kulturellen Kontext eingebettet. Die Lebenswelten von Familien werden entscheidend von der Ökologie des Zusammenlebens beeinflusst, die Urie Bronfenbrenner (1981) erforscht und beschrieben hat. Neben ökonomischer Deprivation spielen auch verarmte soziale Beziehungen, Unfreundlichkeit der Nachbarschaft, fehlende Rollenvorbilder und Fürsorge sowie unzureichende Angebote für Kinder eine Rolle.

Vielfach ist in Familien, in denen sich Vernachlässigung oder Misshandlungen ereignen, ein Defizit an Hilferessourcen im Umfeld vorzufinden. So sind z. B. familiäre Zerwürfnisse mit Kontaktabbrüchen anzutreffen oder es ist soziale Isolation eingetreten bezogen auf die Nachbarschaft und den Bekanntenkreis. Sozioökonomische Belastungen können zu Unsicherheit, Zukunftsängsten, Resignation und Perspektivlosigkeit führen und damit zur Eskalation beitragen. Eine Gewichtung der beteiligten Faktoren ist aufgrund der Komplexität psychosozialer Prozesse in der Regel erst durch eine differenzierte Analyse des Einzelfalls möglich.

Soziale Isolation spielt in der Entstehung der Vernachlässigung von Kindern eine große Rolle, insbesondere bei einem alleinerziehenden Elternteil (fast immer ist dies die Mutter). Vernachlässigungsfamilien sind überdurchschnittlich häufig arme Familien. Häufig fehlen den Eltern Schulabschluss oder Berufsbildung, sie sind abhängig von Einkommenstransfer und leben in weniger attraktiven oder gar gefährlichen Wohngegenden. Vernachlässigende Familien sind häufig desorganisiert, die Eltern übernehmen manchmal nicht die Aufgaben und Funktionen von Erwachsenen, sondern verhalten sich selbst noch infantil. Diese Eltern scheitern an den wichtigsten Aufgaben, das Kind vor Gefahren zu schützen und es in der Entwicklung zu fördern. Allerdings ist ein Teil der Gefahren und Problemlagen in den Lebenswelten von jungen Familien, insbesondere solchen in prekären Lebensverhältnissen, nicht von den Eltern zu verantworten und von ihnen selbst nicht abzuwenden.

13.4.2 »Schwierige Kinder« mit Regulations- und Interaktionsstörungen, Behinderungen, Frühgeburtlichkeit

Persönlichkeitsbezogene Schutzfaktoren auf Seiten des Kindes spielen eine wesentliche Rolle, wenn es darum geht, Krisen, Belastungen und Herausforderungen, auch Gewalterfahrung und Vernachlässi-

gung zu bewältigen; dazu gehören insbesondere die Resilienz eines Kindes, sozial-emotionale Kompetenzen, Intelligenz und Temperament.

Die Verwirklichung elterlicher Kompetenzen und die Entwicklung einer sicheren Eltern-Kind-Bindung kann durch ein »schwieriges« Temperament des Kindes und Regulationsstörungen erheblich beeinträchtigt werden. Zu solchen **Regulationsstörungen** gehören

- exzessives Schreien des Säuglings,
- Fütterstörungen,
- Tonusregulationsstörungen,
- andere transitorische neurologische Beeinträchtigungen,
- Schlafstörungen,
- Schwierigkeiten des Säuglings, Blickkontakt aufzunehmen und zu halten.

Es handelt sich dann um sog. »schwierige« Säuglinge und Kinder, die Eltern mit begrenzten psychosozialen Ressourcen und Kompetenzen überfordern können (Klitzing et al 2015).

Entwicklung des Säuglings

Eine der wesentlichen Entwicklungsaufgaben für den Säugling besteht in den ersten Lebensmonaten darin, die Regulation grundlegender Verhaltenszustände zu erlernen, wie z. B. die Schlaf-Wach-Regulation, die Regulation eigener Affektzustände oder der Nahrungsaufnahme. Die Bezugspersonen übernehmen in diesem Zusammenhang eine Hilfsfunktion, indem sie sich intuitiv auf die Kommunikationsmöglichkeiten des Säuglings einstellen.

Sie versuchen, seine Bedürfnisse zu deuten und zu befriedigen, indem sie ihn trösten, füttern, beschäftigen, zu Bett bringen usw. Es entsteht ein interaktives Wechselspiel, in dem im Idealfall der Säugling die Befriedigung seiner Bedürfnisse sowie Anregungen und Hilfe beim Erlernen der Selbstregulation erfährt und die Bezugsperson Genugtuung und Befriedigung aus der gelungenen Interaktion erlebt. Der Säugling kann Reifungsschritte vollziehen, die ihn selbstständiger machen und den Grad seiner Abhängigkeit verringern.

Übersteigen auftretende Irritationen und Störungen in diesem Wechselspiel ein Maß, das durch die Bezugsperson nicht mehr kompensiert werden kann, so sind vermehrte Fehlregulationen des Säuglings, z. B. in Form von exzessivem Schreien, Fütterstörungen oder Einschlafproblemen, wahrscheinlich. Auf Seiten der Bezugsperson bleibt die Genugtuung und Befriedigung der gelungenen Interaktion aus, das Verhalten des Säuglings wird zum Stressfaktor. Kann dieser Stress nicht bewältigt werden und erfolgt keine Unterbrechung der Interaktion von außen (z. B. Entlastung durch eine weitere Bezugsperson), so kann die Dynamik zwischen Bezugsperson und Kind in einen sich selbst verstärkenden Prozess münden, dessen destruktiver Endpunkt Misshandlung oder Vernachlässigung sind.

Frühgeborene

Die oben genannten Schwierigkeiten kommen bei ehemaligen **Frühgeborenen** häufiger vor als bei reifgeborenen Kindern, und die frühe Trennung von den Eltern durch die notwendige Intensivpflege erschwert einen frühen Beziehungsaufbau mit der Entwicklung einer sicheren Bindung. Weiterhin spielt das kumulative Zusammentreffen von psychosozialen Faktoren sowohl im Hinblick auf Frühgeburtlichkeit als auch auf Kindesmisshandlung und Vernachlässigung eine Rolle. In der englischen prospektiven ALSPAC-Studie fand sich ein verdoppeltes Risiko für Kinder mit niedrigem Geburtsgewicht, an die Misshandlungsregister gemeldet zu werden (Sidebotham et al. 2003). Wahrscheinlicher erscheint, dass soziale Deprivationsverhältnisse sowohl vermehrt zu Frühgeburtlichkeit als auch zu Vernachlässigung führen.

Chronische Gesundheitsstörungen und Behinderungen

Kinder mit Entwicklungsrückständen und körperlichen, sensorischen, sprachlichen oder geistigen Behinderungen sind in den Statistiken der Jugendhilfe über eingehende Gefährdungsmeldungen überrepräsentiert (Govindshenoy u. Spencer 2007).

Trotz der großen Bandbreite und Heterogenität von »Behinderung« wird Kindern und Jugendlichen mit Behinderungen oft pauschal ein erhöhtes Risiko, misshandelt zu werden, zugeschrieben. Bestimmte Merkmale scheinen das Risiko für behinderte Kinder zu erhöhen: Die Pflege und Erziehung dieser Kinder bedeutet meist eine höhere emotionale, physische, zeitliche, ökonomische und soziale Herausforderung hinsichtlich der Betreuungsinten-

sität für ihre Eltern; mangelnde Responsivität und eine erhöhte Rate an Verhaltensbesonderheiten (u. a. Aggressivität, Noncompliance, Kommunikationsprobleme), kann zu Frustrationen bei den betreuenden Personen führen. Dies kann in physischer Gewalt oder inadäquaten Zwangsmaßnahmen münden, wie sie auch in Heimen beobachtet wurden und teilweise noch werden. Aufgrund von Abhängigkeit, eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit, fehlendem Wissen um angemessenen physischen oder sexuellen Kontakt oder angenommener Unglaubwürdigkeit der Betroffenen kann die Aufdeckung von Gewalt gegen behinderte Kinder deutlich erschwert sein (Hibbard 2011). Von großer Bedeutung ist für den klinischen Diagnostiker, dass sich v. a. die Verteilung der akzidentellen Hämatommuster bei behinderten Kindern von denen nichtbehinderter Kinder in manchen Aspekten deutlich unterscheidet (Goldberg et al. 2009) (► Kap 4.1.4).

Auch wenn die Datenlage bislang begrenzt ist, zeigen populationsbasierte Studien, das amerikanische Pflichtmeldesystem und ein aktueller systematischer Review, der 17 Studien einschließt, tatsächlich signifikant erhöhte Raten an Misshandlungen bei behinderten Kindern. Dies betrifft insbesondere kognitive und geistige Behinderungen, mit schwächerer Evidenz für körperliche Behinderungen. Die kumulierte Prävalenz betrug dabei 26,7% (95% Konfidenzintervall 13,8–42,1), für körperliche und sexuelle Gewalt 20,4% (95% KI 13,4–28,5) bzw. 13,7% (95% KI 9,2–18,9). Die Odds Ratios für das kumulierte Risiko betrugen 3,68 (95% KI 2,56–5,29) für alle Formen, 3,56 (95% KI 2,80–4,52) für körperliche Gewalt und 2,88 (95% KI 2,24–3,69) für sexuelle Gewalt. Kinder mit geistiger Behinderung wiesen ein höheres Risiko auf, sexuell missbraucht zu werden, als solche mit anderen Behinderungen, die Odds Ratio betrug 4,62 (95% KI 2,08–10,23) (Jones et al. 2012). Sullivan gibt eine 3,76-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit für Vernachlässigung, eine 3,79-fach erhöhte für körperliche und eine 3,14-fach erhöhte Wahrscheinlichkeit für sexuellen Kindesmissbrauch an (Sullivan u. Knutson 2000). Kinder mit Verhaltensstörungen wiesen insgesamt das höchste Risiko auf.

13.4.3 Elterliche Risikofaktoren

Zum Zusammenhang elterlicher Charakteristika und dem Misshandlungsrisiko liegen sehr heterogene Erkenntnisse vor. Entgegen früheren Annahmen scheint es die klassischen Persönlichkeitsmerkmale misshandelnder Eltern nicht zu geben, auch finden sich in der Regel keine definierten (ICD-10) Diagnosen. Ebenso spielt das Geschlecht des Elternteils bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, anders als bei sexuellem Missbrauch, als Risikofaktor eine untergeordnete Rolle. Sowohl Mütter als auch Väter misshandeln oder vernachlässigen ihre Kinder.

■ Psychische/psychiatrische Auffälligkeiten der Eltern

Interpersonale Störungen werden in der ICD-10 nicht klassifiziert. Aber auch dann, wenn die psychischen Störungen keinen Krankheitswert im psychiatrischen Sinn erreichen, ist die Frage zu stellen, ob nicht alle Eltern, die Kinder vernachlässigen oder misshandeln, als seelisch krank anzusehen sind. Insbesondere bei passiven, sozial randständigen, »sprachlosen« Eltern, die ihr eigenes Leiden stark abwehren und die eigene, nicht bearbeitete Traumatisierung an ihre Kinder weitergeben, ist zumindest von einer Beeinträchtigung psychischer Funktionen und damit sozial-emotionaler Rollenerfüllung auszugehen. Ein besonders hohes Risiko für eine Kindeswohlgefährdung besteht für Kinder von Eltern mit emotional instabiler Persönlichkeit (Borderline-Persönlichkeitsstörungen), die aber nicht immer diagnostiziert ist. Diese Eltern haben Einschränkungen in ihrer Mentalisierungsfähigkeit und können sich daher nicht in die Entwicklungsbedürfnisse des Kindes einfühlen. Die Eltern zeigen eine ausgeprägte negative Emotionalität, das heißt eine leichte Auslösbarkeit intensiver negativer Gefühle, eine erhöhte Ängstlichkeit, emotionale Verstimmung und Unglücklichsein, hohe Impulsivität und herabgesetzte Frustrationstoleranz sowie, vor allem in Hinblick auf Vernachlässigung, eine deutliche Neigung zu einem vermeidenden Bewältigungsstil und eine geringe Planungsfähigkeit (Lenz 2014). Die überwiegende Zahl der so Erkrankten hat in der Kindheit häufig aversive und traumatisierende Erfahrungen gemacht, insbesondere sexu-

ellen Missbrauch. Selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität stellen eine große Belastung für das gesamte Familiensystem dar. Kontrovers ist, inwieweit Dissozialität als psychische Störung anzusehen ist.

Psychische Erkrankungen der Eltern erhöhen das Risiko für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, weil die persönlichen Ressourcen der Eltern und damit bedeutsame Schutzfaktoren für das Kind eingeschränkt sind. Psychische Erkrankungen oder gravierende psychosoziale Belastungen können positive, intuitive Kommunikationsmuster zwischen Eltern und Kindern vorübergehend oder dauerhaft beeinträchtigen.

Psychisch kranke Menschen haben im Durchschnitt genauso häufig Kinder wie psychisch Gesunde. Bezogen auf den stationären psychiatrischen Versorgungsbereich kommen im deutschsprachigen Raum mehrere Studien übereinstimmend zu dem Ergebnis, dass ca. 30% der mit schweren psychischen Erkrankungen behandelten Patientinnen und Patienten Eltern von minderjährigen Kindern sind (Lenz 2014).

Kinder psychisch kranker Eltern tragen u. U. ein genetisches Risiko, selbst im Lebenslauf seelisch zu erkranken; schwerwiegender sind vermutlich aber die Auswirkungen einer gestörten Eltern-Kind-Interaktion. Hier spielen insbesondere Depressionen, Suizidalität, Angststörungen und Abhängigkeitserkrankungen der Eltern eine Rolle. Elterliche Persönlichkeitsstörungen, die mit aggressivem und impulsivem Verhalten sowie mit einer Suchtproblematik einhergehen, haben vermutlich die gravierendsten Folgen für die Entwicklung des Kindes. Wenn das Kind die Rolle der unterstützenden Person übernimmt, kommt es zur **Rollenumkehr** und **Parentifizierung** des Kindes, was dieses in seinen Entwicklungsmöglichkeiten und in seiner Teilhabe an altersentsprechenden Erfahrungen und Interaktionen einschränkt.

Während seelisch gesunde Eltern Notlagen und Krisen erkennen können und entsprechende Hilfe aufsuchen, sind psychisch belastete Eltern in ihrer Fähigkeit zur Reflexion eingeschränkt und weniger in der Lage, soziale Unterstützung zu suchen.

Eine Interventionsstudie bei Jugendlichen und jungen Müttern in Mecklenburg-Vorpommern zeigte, dass Gewalterfahrungen in den Biografien der Mütter gehäuft auftreten; besonders jugendliche Mütter berichteten in großer Zahl von sexuellem Missbrauch in der Kindheit. Bezogen auf die Tatsache, dass es ein hohes Risiko eines Gewalttransfers zwischen den Generationen gibt, bedeutet dies ein massives Risiko für die Kinder. Ein weiteres Risiko für die Entwicklung der Kinder stellte die hohe Häufigkeit von Affektstörungen dar, was mit oft mit geringer Sensitivität der Mütter gegenüber dem Kind einhergeht; allerdings waren zwar alle jugendlichen Mütter bereits in der Jugendhilfe bekannt, aber nur ein Fünftel hatte Zugang zu psychologisch/psychotherapeutischen Hilfen gefunden (Kluth et al. 2010).

■ Defizit an Elternkompetenz

Ein Defizit an Elternkompetenz stellt ein Risiko für Kindesmisshandlung und Vernachlässigung dar. Dies kann sehr junge Eltern betreffen, die nur wenig Gelegenheit hatten, in ihrer Umgebung im Umgang mit Säuglingen vertraut zu werden und mit einer unrealistischen sowie idealisierten Haltung an die Elternschaft herangehen. Auch können eigene defizitäre Kindheitserfahrungen bzw. selbst erlebte Misshandlungen oder Vernachlässigung zu einem problematischen verinnerlichten Elternbild beitragen. Schließlich gibt es auch Eltern, die ihr Kind vorwiegend als Last empfinden bzw. es ablehnen und sich und anderen dies nicht eingestehen wollen oder können.

■ Biografische Belastungen

Biografische Belastungen der Eltern spielen vermutlich eine große Rolle (transgenerationaler Ansatz), aber die Verarbeitung von Kindheitstraumata ist sehr variabel. Das oben erwähnte Konzept des Zusammenspiels von Risiko- und Schutzfaktoren und eine mögliche Ausbildung von Resilienz erklärt, warum die Mehrzahl der in der Kindheit mit Gewalt und Vernachlässigung belasteten Eltern selbst nicht ihre Kinder misshandeln und vernachlässigen. Dennoch ist das Risiko, später in ungünstigen Lebensumständen zu leben, Symptome wie aggressives, impulsives oder dissoziales Verhalten oder eine psychische Erkrankung zu entwickeln, deutlich erhöht.

Untersuchungen zeigen, dass Gewalt ausübende Menschen häufig selbst Gewalt erfahren haben – spätere Täter sind frühere Opfer. Ausübung von Gewalt wird als vertrautes Verhaltensmuster übernommen.

Zwar führen eigene Gewalterfahrungen nicht zwangsläufig zu Gewalthandeln, sie erzeugen diesbezüglich jedoch ein hohes Risiko. Unverarbeitete Konflikte aus der Biografie der Eltern treten als belastende Faktoren in Erscheinung, wenn schwieriges kindliches Verhalten in die verinnerlichte problematische Beziehungsgeschichte eingereiht wird. Das Verhalten des Säuglings wird dann z. B. nach dem Muster fehlinterpretiert: »Mein Säugling mag mich nicht« (so wie ich mich als Kind nicht geliebt gefühlt habe) oder »Sie/Er will mich tyrannisieren« (so wie mich Mutter/Vater unterdrückt hat).

Es kommt zu projektiven transgenerationalen Vorgängen und Wiederholungen. Die Folge kann eine Aktivierung von Verletztheit, Ärger und Wut aufseiten des Elternteils sein, es entsteht ein Teufelskreis mit den Reaktionen des Kindes, das kein empathisches, reaktionsfähiges Gegenüber findet und sich in einem entfremdenden Zerrspiegel selbst kennenlernt.

Transgenerationale Vermittlung von Gewalterfahrung

Die Häufigkeit der körperlichen Misshandlung in der bislang größten deutschen epidemiologischen Studie über Misshandlungserfahrungen in der Kindheit durch Wetzels (1997) wird mit 10% angegeben. Die Studie zeigte, dass etwa 70% der Eltern, die in ihrer Kindheit häufiger geschlagen oder von ihren Eltern misshandelt worden waren, in der Erziehung ihrer Kinder auch Körperstrafen einsetzten, während Eltern ohne eigene Gewalterfahrung dies nur in 24% taten. Immerhin bedeutet dies, dass ein Drittel der Eltern, die körperliche Gewalt in der Kindheit erlebten, gewaltfreie Erziehungsmethoden einsetzen.

Transgenerationale Einflussfaktoren können die Partnerwahl unbewusst beeinflussen. Ob von den Eltern (oder Misshandlern) ähnliche Partner im Sinne einer Re-Inszenierung des Erlebten gesucht werden oder ob die Fähigkeit zur »heilsamen« Neugestaltung der Beziehung besteht, beeinflusst das elterliche Verhalten gegenüber den eigenen Kindern wesentlich.

13.4.4 Partnergewalt/häusliche Gewalt

In der niedersächsischen Gewaltstudie (Wetzels 1997) war die Angabe, körperliche Misshandlung in der Kindheit erlebt zu haben, bei Kindern, die Zeugen gewaltsamer Auseinandersetzung der Eltern waren, um das 8-fache erhöht. Etwas mehr als die Hälfte derjenigen, die Zeuge elterlicher gewalttätiger Auseinandersetzungen wurden, wurden nicht selbst körperlich misshandelt, aber psychisch dadurch belastet.

Die Angabe, sexuelle Misshandlungen erlebt zu haben, war bei Kindern, die Zeugen partnerschaftlicher Gewalt wurden, um das 3-fache erhöht. Während Befragte, die nie elterliche Partnergewalt beobachteten, in 4,1% sexuellen Kindesmissbrauch mit Körperkontakt erlebt hatten, beläuft sich die Opferrate bei häufiger Beobachtung elterlicher Partnergewalt auf 13,5%. Elterliche Partnergewalt wird häufiger in Familien aus unteren sozioökonomischen Gruppen beobachtet, möglicherweise auch aufgrund eines rascheren Einbezugs von Krisendiensten und Polizei; sie zieht sich jedoch durch alle gesellschaftlichen Schichten.

Das Kind als Zeuge elterlicher Gewalt

Gewalt unter den Eltern bedeutet für Kinder regelmäßig eine Beeinträchtigung der Beziehung zu beiden Elternteilen. Diese Elternteile sind in unterschiedlicher Weise in ihrer Verantwortung als Eltern eingeschränkt und nicht in der Lage, angemessen auf kindliche Bedürfnisse, v. a. auf das Bedürfnis nach Struktur und Orientierung, einzugehen. Keinesfalls soll damit gesagt sein, dass Kinder nicht erleben dürfen, dass es Konflikte zwischen Menschen, auch ihren Eltern, gibt. Zentral für eine positive Verarbeitung ist jedoch die Erfahrung von Konflikt **und** Lösung.

Gewalttätige Konflikte in der Partnerschaft korrelieren fast immer mit Inkonsistenz in der Erziehung. Die Erfahrung von Nichtvorhersagbarkeit und Nichtbeeinflussbarkeit spielt eine wichtige Rolle in der Entstehung von Gewaltbereitschaft bei Kindern und Jugendlichen. Hinzu kommt oft, dass

die empathische Zuwendung zum Kind eingeschränkt ist. Die Erwachsenen nehmen oft nicht wahr, in welcher Weise ihre Kinder betroffen sind und wie sehr sie leiden. Das nachhaltige Leiden der Kinder an der Gewalt zwischen ihren Eltern resultiert also nicht nur aus der seelischen Belastung durch das reale Ereignis, sondern ebenso aus dem damit einhergehenden Verlust oder Fehlen eines strukturierenden und haltgebenden Umfeldes (Walper u. Kindler 2015).

Gefühle wie Schuld und Scham, beschuldigendes und beschämendes Verhalten prägen den Erziehungsstil und die nicht selten gefundene Wechselhaftigkeit der Erziehung, die kein gesundes Ich-Gefühl von Selbsteffizienz in einer verständlichen und vorhersagbaren – und damit angstarmen – Welt entstehen lässt.

Kinder erleben widerstreitende Gefühle, wenn sie gewaltsame Auseinandersetzungen der Eltern beobachten:

- Angst vor der Vernichtung der eigenen Existenz (besondere Aufmerksamkeit erfordern hier kleine Kinder; sie erleben die Bedrohung ihrer Bindungsperson v. a. als eigene existenzielle Bedrohung, als Angst vor Vernichtung),
- Angst vor dem realen Verlust der Mutter,
- Hilflosigkeit und Ohnmacht,
- Schuldgefühle, der »Anlass« für Auseinandersetzungen zwischen den Eltern zu sein,
- Schuldgefühle, das Opfer nicht geschützt zu haben,
- Scham über das eigene »Versagen«,
- Sprachlosigkeit und Leiden unter dem Schweigen und dem Schweigegebot,
- Loyalitätskonflikte in Bezug auf die Streitenden,
- Verlust oder Fehlen eines strukturierenden und Halt gebenden Umfeldes und dadurch Schwächung der eigenen inneren Steuerungsmechanismen,
- Überflutung mit inneren Triebkräften und Gefühlen,
- Schuld- und Angstgefühle wegen der eigenen aggressiven Phantasien.

Kinder, die Gewalt des Vaters gegen die Mutter miterleben, neigen häufiger zu sozial wenig angepassten Konfliktbewältigungsmustern. Betroffene Kinder haben geringere soziale Fähigkeiten im Umgang mit Gleichaltrigen. Eine zusätzliche Belastung stellt die Tatsache dar, dass es zwischen den Erwachsenen und den Kindern oft keine (Aus-) Sprache über das Geschehene gibt.

Vielen Eltern (Misshandlern wie Opfern) sind die Auswirkungen des Miterlebens der Gewalt für ihre Kinder nicht bewusst; sie nehmen oft nicht wahr, wie sehr die Kinder beteiligt sind, verbieten ihnen aber u. U., darüber zu sprechen.

Auch gegenüber Dritten sprechen betroffene Kinder und Jugendliche eher nicht über diese Erfahrungen. Wie bei anderen Traumata entsteht dann oft eine »doppelte Mauer«: Die Kinder können oder dürfen nicht darüber sprechen, die Umwelt will es gleichzeitig auch nicht hören.

13.5 Emotionale Misshandlung und Verwahrlosung

Die Erfahrung von emotionaler Gewalt in der Kindheit kann als der potenziell schwerwiegendste Einflussfaktor für eine beeinträchtigte seelische oder geistige Entwicklung des Menschen gelten. Sie ist – meist in Verbindung mit emotionaler Vernachlässigung – der gemeinsame Wirkfaktor in der Verursachung von psychischen Folgeerkrankungen bei körperlicher Kindesmisshandlung und Vernachlässigung.

Emotionale Misshandlung ereignet sich im engsten sozialen Nahfeld, dem Terrain, in dem das Kind soziale Interaktionsmuster erkennen und verstehen lernen muss. Emotionale Misshandlungen sind in der Regel mit emotionaler Vernachlässigung vergesellschaftet und schließen diese mit ein. (▶ Kap. 12). Die Auswirkungen von bestimmten Handlungen und Unterlassungen der Bezugsperson auf die Entwicklungsprognose des Kindes kann nicht oder nur ungenau abgeschätzt werden. Persönliche Ressourcen des Kindes wie auch psychosoziale Schutzfaktoren in der Umwelt verstärken oder mildern die Effekte. Emotionale Gewalterfahrung und Vernachlässigung können unter günstigen Umständen oder durch geeignete Hilfen bewältigt werden. Sie sind jedoch in so hohem Maße **potenziell schädigend** für die Kindesentwicklung, dass alle Anstrengungen

darauf gerichtet sein müssen, sie frühzeitig zu verhüten. Die Begriffe emotionale und seelische Misshandlung werden weitgehend synonym verwendet.

■ Emotionale Misshandlung

Es hat sich aus mehreren Gründen als schwierig erwiesen, seelische Misshandlung klar zu definieren. In der Literatur werden zwei Formen beschrieben – je nachdem, ob bei der Gefährdung elterliches Tun oder Unterlassen im Vordergrund steht. Im Gegensatz zu körperlicher oder sexueller Misshandlung, die sich auf einen einzigen oder einzelne Vorfälle beziehen kann, liegt bei emotionaler Misshandlung immer eine chronische Situation vor. Stoltenborgh und Kollegen haben 2012 eine umfassende Meta-Analyse zur Häufigkeit von emotionaler Misshandlung (child emotional abuse) mit Daten aus 29 Studien erstellt, die 46 Stichproben und insgesamt über 7 Millionen Kinder und Jugendliche einschlossen. Die Prävalenz betrug 3/1000 in Studien, die offizielle Daten aus Meldesystemen zugrunde legten, und 363/1000 in Studien, die auf Selbstbericht der Betroffenen beruhten. Mädchen und Jungen sind gleich häufig betroffen. Die ethnische Zugehörigkeit der Betroffenen oder die Region der Welt, in der die Studie durchgeführt wurde, hatte wenig Einfluss auf die Schätzung der Prävalenz, sodass es sich um eine eher kultur-unabhängige Misshandlungsform handelt. Interessant ist die Mitteilung, dass die Rate mit zunehmendem Publikationsdatum geringer wurde, d. h. dass emotionale Misshandlung abnimmt, oder sich die Erhebungsmethoden verändern oder ggf. präziser werden. In einer deutschen Studie, in der Jugendliche und Erwachsene zu ihren Vernachlässigungs- und Misshandlungserfahrungen in ihrer Kindheit mit Hilfe des Childhood Trauma Questionnaire (28 Items) befragt wurden, berichteten 15% über emotionale Misshandlung insgesamt; 1,6% waren schwer betroffen. Die entsprechenden Angaben für körperliche Misshandlung waren 12% (schwer 2,8%), 12,6% für sexuelle Misshandlungen (schwer 1,9%, einzige Gruppe mit eindeutig mehr weiblichen Betroffenen), 49,5% für emotionale Vernachlässigung (schwer 6,6%) und 48,4% körperliche Vernachlässigung (schwer 10,8%). Alle Misshandlungsformen waren signifikant miteinander korreliert. Die Daten sollten allerdings mit Vorsicht interpretiert werden, die Teilnahmerate lag bei 56%, nur 17% der Teilnehmer waren jünger als 30 Jahre (Häuser et al. 2011).

Retrospektive Befragungen von Erwachsenen bezüglich ihrer Kindheitserlebnisse können nur sehr eingeschränkt Auskunft über die Häufigkeit von Gewalt- und Vernachlässigungserfahrungen geben. Studien, die die nachträglichen Erinnerungen von Personen an Ereignisse, für die objektive Beschreibungen und Daten vorlagen, vergleichen, zeigten, dass nur eine sehr geringe Übereinstimmung vorlag. Da sehr häufig Erwachsene mit psychischen Belastungen und Erkrankungen über negative Kindheitserfahrungen berichteten, ging man fälschlich von einer Kausalität aus: Die Kindheitserfahrungen seien verantwortlich für die schlechte psychische Gesundheit. Kindheitserinnerungen werden von psychisch Erkrankten negativer geschildert werden als von Vergleichspersonen, d. h. dass die negative Schilderung ein Artefakt aufgrund einer »stimmungskongruenten« Erinnerung sein kann. Studien haben gezeigt, dass objektiv in der Vergangenheit festgestellte Kindheitsbelastungen bei späteren Befragungen von wenig belasteten, psychisch gesunden Probanden seltener erinnert wurden als von solchen, die aktuelle Belastungen berichteten. In Bezug auf emotionale Misshandlungen kann von einer deutlichen Unterschätzung des tatsächlichen Vorkommens bei Befragungen von Erwachsenen ausgegangen werden; retrospektive Befragungen sind daher für die Feststellung der aktuellen Häufigkeiten wenig geeignet (Hardt 2015).

Emotionale Misshandlung

Die aktive Form der emotionalen Misshandlung beinhaltet wiederholte feindliche, abweisende oder ignorierende Verhaltensweisen von Eltern oder Erziehenden gegenüber einem Kind. Diese Form wird dann als emotionale Misshandlung bezeichnet, wenn sie zum festen Bestandteil der Erziehung eines Kindes gehört. Die durch Unterlassen gekennzeichnete Form wird als Vorenthalten der für eine gesunde emotionale Entwicklung notwendigen Erfahrungen von Beziehungen definiert.
Bei nahezu jeder Form von körperlicher oder sexueller Misshandlung oder schwerer Ver-

13

nachlässigung liegt auch eine seelische Misshandlung vor. Seelische Misshandlungen führen zu schweren Beeinträchtigungen einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Bezugsperson und Kind und gefährden die geistig-seelische Entwicklung des Kindes zu einer autonomen und lebensbejahenden Persönlichkeit (Hibbard et al. 2012).
WHO Definition: Emotional abuse includes the failure of a caregiver to provide an appropriate and supportive environment, and includes acts that have an adverse effect on the emotional health and development of a child. Such acts include restricting a child's movements, denigration, ridicule, threats and intimidation, discrimination, rejection and other non-physical forms of hostile treatment (World Health Organization 2002).

Seelische Gewalt liegt insbesondere dann vor, wenn

- dem Kind ein Gefühl der Ablehnung vermittelt wird, indem es gedemütigt und herabgesetzt wird,
- das Kind durch Liebesentzug, Zurücksetzung, Gleichgültigkeit und Ignorieren bestraft wird,
- es öffentlich lächerlich gemacht, beschämt oder bestraft wird,
- es durch verbale Gewalt terrorisiert, eingeschüchtert oder bedroht wird,
- persönliche Gegenstände des Kindes zerstört oder Haustiere gequält werden,
- es eingesperrt, alleingelassen oder von sozialen Kontakten isoliert wird,
- Eltern ihre Kinder in einem extrem überzogenen Maß beschimpfen oder das Kind automatisch für Probleme, Schwierigkeiten oder Pannen zu Hause verantwortlich machen (»Sündenbockfunktion«),
- Eltern ihre Kinder durch unkontrollierte Impulsdurchbrüche und Wutanfälle in ständigen Schrecken versetzen.
- Auch überbehütendes und überfürsorgliches Verhalten kann zu seelischer Gewalt werden, wenn es Ohnmacht, Wertlosigkeit und Abhängigkeit vermittelt.
- Chronisch überhöhte, dem Leistungsvermögen des Kindes unangemessene Erwartungen hinsichtlich der Schulleistungen oder sportliche und künstlerische Anforderungen überfordern das Kind und können ggf. auch als emotionale Misshandlung bewertet werden.

Da die psychischen Symptome, Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten vielfältig sind und von Kontextfaktoren und persönlichen Eigenschaften des betroffenen Kindes abhängen, können die Therapiemöglichkeiten und spezifische Verfahren hier nicht detailliert dargelegt werden. Sie hängen auch davon ab, ob das Kind in der Ursprungsfamilie, einer Pflegefamilie, einer Einrichtung oder eine Klinik behandelt wird. Es fällt in den Arbeitsbereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie in enger Abstimmung mit der Jugendhilfe, hier Therapie- und Förderkonzepte zu entwickeln (Glaser 2011, Fegert et al. 2013).

Emotionale Verwahrlosung

Diese droht, wenn das elterliche Zusammenleben von Hass, Feindseligkeit und Partnergewalt gekennzeichnet ist. Eltern missbrauchen ihre Kinder für ihre eigenen Bedürfnisse, indem sie ihnen zumuten, sich elterliche Streitereien anzuhören, oder wenn sie ihre Kinder in Beziehungskonflikten instrumentalisieren. Die Kinder sind ängstlich und verwenden viel Kraft darauf, sich um sich selbst, die Geschwister und oft auch paradoxerweise um die Eltern zu kümmern.

Häufig identifizieren sich die Kinder mit der Rolle eines Elternteils, d. h. entweder mit dem, der die Übergriffe ausführt (meist, aber nicht immer der Vater), oder der sich unterwirft (meist, aber nicht immer die Mutter). Kinder von Alkohol- und Drogenabhängigen erleben Eltern, die sehr mit sich selbst beschäftigt sind und die ihrerseits die eigenen Kinder wenig oder inkonstant wahrnehmen. Manchmal kommt es zur Umkehr des Generationenverhältnisses und zur Parentifizierung der Kinder, die sich um ihre bedürftigen Eltern kümmern (▶ Kap. 13.4.3).

In diesem Kontext von unsicherer Bindung, Vernachlässigung und einer Alkoholproblematik kommt es häufig auch zu körperlichen und sexuellen Übergriffen durch die Erwachsenen. Das Kind ist auf-

grund wiederholter Ablehnung oder Nichtbeachtung eigener Bedürfnisse nicht in der Lage, klar Wünsche oder Ablehnung zu äußern, Grenzen zu setzen oder Übergriffe anderen Personen zu berichten.

13.6 Psychische Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung

Seelische Schäden, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen sind die weitaus häufigsten Folgen von Kindesmisshandlung. Sie sind auch in Deutschland in einigen größeren Langzeitstudien wie der Mannheimer Langzeitstudie über Risikokinder (Laucht et al. 2000) dokumentiert; weitere Erkenntnisse werden durch die Studien im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen erwartet, die am Deutschen Jugendinstitut durchgeführt werden.

Verhaltens- und Entwicklungsstörungen sind keine spezifischen Folgen von Misshandlungen oder Vernachlässigung, kommen aber bei Kindern mit Gewalterfahrung häufiger vor als bei anderen. Eine Übersichtsarbeit von 2015 fasst die Ergebnisse von 30 Studien zur Symptomatologie von Schulkindern im Alter von 5–14 Jahren zusammen, die emotionale Misshandlungen und Vernachlässigung erlebt hatten (Maguire et al. 2015). Einige, jedoch nicht alle Studien zeigten für Kinder, die überwiegend Vernachlässigung erlebt hatten, in höherem Maße externalisierende Störungen wie aggressives, fremdverletzendes, destruktives oder dissoziales Verhalten und/oder geringeres prosoziales Verhalten. Die Kinder hatten deutlich weniger positive soziale Verhaltensweisen und werden häufig von den Gleichaltrigen zurückgewiesen. Andere Studien berichteten vermehrt internalisierende Störungen, wobei eine Studie darauf hinweist, dass das Rückzugsverhalten besonders ausgeprägt war mit einer inneren Hilflosigkeit und externem locus of control. Bei Kindern mit einem negativen mütterlichen Bild war dies besonders ausgeprägt. Symptome wie bei einem ADHD wurden ebenfalls deutlich häufiger in diesen Kollektiven beobachtet als im Vergleich zu Kontrollkindern. Ängstlich-ambivalentes Bindungsverhalten ist bei emotional misshandelten und vernachlässigten Kindern sehr häufig; sie haben ein reduziertes Selbstwertgefühl. Die schulischen Entwicklungen waren deutlich schwächer als bei anderen Kindern; nahezu alle Kinder haben besonderen Förderbedarf, etwa die Hälfte muss Klassen wiederholen. Ihre begrenzte Aufnahmefähigkeit, geringen kommunikativen und sozialen Fähigkeiten und fehlende positive Beziehungserfahrung in Verbindung mit hyperaktivem, implusivem und aufmerksamkeitsgestörtem Verhalten bedeuten ein sehr großes Risiko für ein Schulversagen und Nicht-Erreichen eines schulischen Abschlusses. Es wird deutlich, welche wichtigen kompensatorischen Aufgaben auf Kindertageseinrichtungen und Schulen zukommen, wenn alle Kinder inklusiv beschult werden sollen. In zurückliegenden Jahren bildeten doch die Sonderschulen mit Schwerpunkt Lernen, Sprache oder sozial-emotionaler Entwicklung ein »Auffangbecken« für Kinder, die Vernachlässigung und emotionale Misshandlung erlebt haben.

Eher entwicklungsgebundene Auffälligkeiten sind in ◘ Tab. 13.2 dargestellt. Im Jugendalter können Weglaufen von zu Hause, Ablehnung des eigenen Körpers, Essstörungen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Stehlen und anderes delinquentes Verhalten auf eine zurückliegende Gewalterfahrung hinweisen.

13.6.1 Sozial-emotionale Entwicklungsstörungen in verschiedenen Altersgruppen

▪ Säuglinge und Kleinkinder

Bei sorgfältiger Beobachtung fällt manchmal die »frozen watchfulness« (gefrorene Wachsamkeit) von Säuglingen auf, die Traurigkeit ihres Gesichtsausdrucks, die übermäßige Passivität oder auch Ängstlichkeit (◘ Abb. 13.2). Eingeschränktes Lautieren, verzögerte Sprachentwicklung und fehlende Freude an Kommunikation und Interaktion deuten auf eine Deprivation in der Interaktion mit Bezugspersonen hin. Mangelnde Motivation, die Umgebung zu explorieren, lässt an wiederholte negative Erfahrungen bei der Vergrößerung des Aktionsradius und bei Eigenaktivitäten wie auch an eine fehlende positive Verstärkung und an fehlendes Lob denken. Eine feindselige oder negative

Tab. 13.2 Übersicht psychischer Folgen von Gewalterfahrung in Abhängigkeit vom Alter des Kindes

Säuglingsalter	Kleinkindalter	Schulalter
Gedeihstörung Apathie (»frozen watchfulness«: leerer Blick, fehlendes soziales Lächeln; Abb.13.2) Regulationsstörungen (»Schreikind«) Motorische Unruhe, Stereotypien Nahrungsverweigerung, Erbrechen, Verdauungsprobleme Psychomotorische Retardierung Mangelndes Interesse und Motivation Ausbleibende Sprachentwicklung	Spielstörung und gestörte Interaktion mit anderen Personen Freudlosigkeit, Furchtsamkeit Passivität, Zurückgezogensein Aggressivität, Autoaggressionen Distanzschwäche Sprachstörung Motorische Störungen und Jaktationen Stereotypien Ausscheidungsstörungen Sexualisiertes Verhalten	Kontaktstörungen Schulverweigerung, Abnahme der Schulleistungen, Konzentrationsstörungen Mangel an Ausdauer, Initiativverlust, Depression Hyperaktivität, »Störenfried-Verhalten« Ängstlichkeit, Schüchternheit, Misstrauen Suizidgedanken, Versagensängste Narzisstische Größen- und Gewaltphantasien, Tagträumereien Weglaufen von zu Hause

Einstellung der Eltern gegenüber dem Kind wird sich in Rückzug, Apathie und einer verzögerten psychomotorischen Entwicklung zeigen.

Im Gegensatz dazu fallen manche ältere Säuglinge durch Distanzlosigkeit oder übergroße Lebhaftigkeit auf.

Kleinkindes- und Vorschulalter

Im Kleinkindes- und Vorschulalter fallen Kinder durch zurückgezogenes, ängstliches oder trauriges Verhalten auf, für das René Spitz den Begriff der »anaklitischen Depression« geprägt hat (Abb. 13.3). Andere Kinder fallen durch externalisierende Verhaltensstörungen, Distanzlosigkeit und hyperaktive »Pseudofröhlichkeit« auf (Abb. 13.4), wobei sie durch ihr Verhalten teils nach Aufmerksamkeit suchen – selbst wenn sie negative Reaktionen zu befürchten haben – oder intuitiv vom elterlichen Verhalten ablenken. Bei sexuell missbrauchten Kleinkindern zeigt sich z. T. ein exzessives sexualisiertes Verhalten.



Abb. 13.2 Typischer Gesichtsausdruck bei Zustand nach schwerer körperlicher und seelischer Misshandlung: »frozen watchfulness« bei 9 Monate altem Säugling. (Aus: Thyen 1987)

Eine offene, im Verhalten wahrnehmbare oder sprachlich geäußerte Ablehnung der Eltern durch das kleine Kind ist eine seltene Folge von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Kinder sind in der Regel loyal ihren Eltern gegenüber. Dafür sind im Wesentlichen folgende Gründe anzuführen: Das Kind wird nicht nur negative Seiten der Eltern kennenlernen, sondern durchaus auch zugewandte, liebevolle. Aus diesen Begegnungen schöpft es immer wieder Hoffnung auf eine positive Veränderung. Für das Kind sind diese Eltern die einzigen, die es hat. Das Kind möchte den Verlust der »guten Eltern« vermeiden und schützt sich selbst vor der emotional verstörenden Erkenntnis, dass die Eltern nicht in der Lage sind, für es zu sorgen, es zu beschützen und in schwierigen Situationen zu trösten. Damit wird jedoch in der Folge das Selbstbild des Kindes, sein Bild von anderen Personen, von menschlichen Beziehungen, Lebenszielen und Lebensstrategien beeinträchtigt.





Abb. 13.3 Typische Bilder einer frühkindlichen Depression nach seelischer Misshandlung und Vernachlässigung bei 3 Jahre (**a**) und 18 Monate (**b**) alten Kleinkindern (Aus: Thyen 1987)



Abb. 13.4 Knapp 3-jähriger Junge mit Hämatomen im Gesichtsbereich, weiterhin bestand eine Schlüsselbeinfraktur nach erstmaliger körperlicher Misshandlung. Freundliches, distanzloses Wesen und mäßige Sprachentwicklungsverzögerung als Hinweis auf eine inkonstante elterliche Zuwendung und mangelnde Förderung

Die Loyalität des Kindes zu seinen Eltern ist bei der Intervention und Therapie misshandelter und vernachlässigter Kinder zu bedenken und zu berücksichtigen. Anderenfalls besteht die Gefahr, dass der professionelle Helfer enttäuscht ist, dass sich das Kind nicht von den Eltern distanziert, sie schützt und sich gar nicht »retten« lassen will.

Mittlere Kindheit

In der mittleren Kindheit zeigen Kinder nach überwiegend körperlicher Misshandlung eine deutlich höhere Problembelastung durch externalisierende Verhaltensauffälligkeiten (z. B. Unruhe, Aggressivität). Dabei besteht ein sog. Dosiseffekt: Je schwerwiegender und chronischer Kinder misshandelt wurden, desto stärker ist im Mittel die Belastung durch Verhaltensauffälligkeiten. Insbesondere männliche Jugendliche, die in der Kindheit misshandelt wurden, zeigen überdurchschnittlich häufig





Abb. 13.5a,b 6-jähriger Junge, stationär intensivmedizinisch behandelt wegen schwerster Kachexie (**a**) mit Hungerödemen (**b**). Im weiteren Verlauf gute Gewichtsentwicklung, leichter Kleinwuchs, aber deutliche Entwicklungsverzögerung und Störung der emotionalen Entwicklung, zu der allerdings auch zahlreiche Wechsel des Aufenthaltsortes und der Bezugspersonen vor dem stationären Aufenthalt beigetragen haben können (Aus: Thyen 1987)

Verwicklungen in strafbare Handlungen. Zwar betrifft dies nur eine Minderheit körperlich misshandelter Kinder und Jugendlicher; da sich bei Betroffenen aber vielfach chronische antisoziale Entwicklungsverläufe entfalten und die Schwelle zum Einsatz von Gewalt herabgesetzt scheint, handelt es sich um eine besonders schwerwiegende Problematik. Hier ist die Gefahr transgenerationaler Wiederholungen besonders ausgeprägt.

Werden aber die in verschiedenen Studien genannten Risiken für die Entwicklung psychischer Störungen betrachtet, zeigt sich für depressive Erkrankungen – häufiger bei weiblichen Jugendlichen – in den meisten Untersuchungen eine 3- bis 4-fache Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit, bei Störungen des Sozialverhaltens liegen die berechenbaren »risk ratios« zwischen den Werten 3 und 8, für Suizidversuche zwischen 3 und 6 (Kindler et al. 2006).

13.6.2 Seelische Folgen körperlicher Vernachlässigung

Die Folgen von körperlicher Vernachlässigung zeigen sich oft in Verzögerungen im körperlichen Wachstum und Rückständen in der motorischen Entwicklung (Abb. 13.5). Diese können in der Regel wieder aufgeholt werden, ziehen jedoch nachhaltige Beeinträchtigungen in der Körperwahrnehmung und im körperlichen Wohlbefinden nach sich. Beeinträchtigungen der weiteren geistigen und sozialen Entwicklung sind noch schwerwiegender und zeigen oft langfristige Folgen. Dies ist mit der raschen Reifung des kindlichen Gehirns in den ersten Lebensjahren zu erklären, die bei Substratmangel, aber auch mangelnder Anregung und fehlenden Sinneseindrücken sowie unzureichender Kommunikation im Wachstum zurückbleibt und irreversible Einbußen erleiden kann. Meist sind die Kinder auch von anderen Misshandlungsformen betroffen; aus der Kombination von körperlichem Mangel und emotionaler Deprivation besteht ein hohes Risiko, kognitive Defizite und Lernstörungen zu entwickeln (Thyen et al. 2000).

13.6.3 Seelische Folgen sexueller Misshandlung

Sexuelle Misshandlungen haben ein hohes Potenzial für spätere negative Auswirkungen auf die seelische Gesundheit. Vier Faktoren tragen nach allgemeinem Verständnis dazu bei: traumatisierte psychosexuelle Entwicklung, Vertrauensverlust, Hilflosigkeit und Stigmatisierung. Diese Faktoren tragen dazu bei, dass die Wahrnehmung des Selbst und der Welt verzerrt wird und ein gestörtes Selbstbild und beeinträchtigte Affektivität resultieren. Systematische reviews zeigten allerdings auch, dass es keine spezifischen Folgen von sexuellen Gewalterfahrungen gibt: Sie sind meist eingebettet in eine Vielzahl ebenfalls wirksamer negativer Kontextfaktoren und biographisch bedeutsamer Erfahrungen. Am häufigsten in der klinischen Symptomatologie treten post-traumatischer Stress (PTSD) und dissoziative Zustände, Depression und Suizidalität, Verhaltensstörungen mit sexualisiertem Verhalten oder riskantem Sexualverhalten und Substanzmissbrauch auf (Collin-Vézinaet et al. 2013).

Sicher erscheint, dass Frauen, die in der Kindheit sowohl Opfer von sexuellem Missbrauch waren als auch gewalttätige Auseinandersetzungen zwischen ihren Eltern erlebt hatten, deutlich häufiger Opfer erneuter sexueller Gewalt durch ihre Partner im Erwachsenenleben werden als Frauen ohne diese Kindheitserfahrungen. Dies belegt die These eines erworbenen Risikos für eine Reviktimisierung nach erlittener Gewalt. Bei Prostituierten ließ sich in verschiedenen Studien ein hoher Anteil von Opfern sexueller Gewalt in der Kindheit nachweisen. Kumulative Gewalterfahrung und eigene Gewalttätigkeit gegenüber anderen nicht nur im familiären Rahmen, sondern auch in der Gleichaltrigengruppe und Institutionen, das Aufwachsen in Nachbarschaften, die durch Gewalt und Delinquenz belastet sind, bilden in Verbindung mit chronisch erhöhtem Stress ein sehr hohen Risiko, sowohl psychische als auch chronische körperliche Erkrankungen zu entwickeln.

Trotz der bei misshandelten und vernachlässigten Kindern und Jugendlichen als Gruppe sichtbar werdenden Belastungen und Entwicklungsbeeinträchtigungen ist nicht jedes Kind gleich schwer von solchen Folgen betroffen. Verschiedene Faktoren beeinflussen den Schweregrad und die Chronizität der Folgen.

Determinanten der langfristigen psychischen Folgen eines sexuellen Kindesmissbrauchs

- Alter und Geschlecht des Kindes/Jugendlichen zum Zeitpunkt des Missbrauchs
- Schweregrad und Dauer bzw. Häufigkeit des Missbrauchs
- Intensität gleichzeitig erlittener physischer und emotionaler Gewalt oder Vernachlässigung
- Art der Beziehung und Nähe zum Täter
- Präexistierende psychosoziale Risiken und fehlende ausgleichende Schutzfaktoren wie soziale Unterstützung
- Positive oder negative Auswirkungen der Offenlegung der Tat
- Auswirkungen etwaig nachfolgender, professioneller Interventionen und Therapien
- Persönlichkeitsfaktoren wie vermeidende Coping-Strategien, geringe Selbstkontrolle, unsicheres Bindungsverhalten

13.6.4 Traumafolgenstudie

Im Rahmen der umfassenden Aktivitäten in der Vorbereitung des Bundeskinderschutzgesetzes, der Runden Tische zu sexuellem Missbrauch und Gewalt in Institutionen hat das Bundesministerium für Forschung eine umfassende Expertise zur Situation von traumatisierten Kindern und Jugendlichen in Auftrag gegeben. Der erste Teil der Expertise beschreibt die Ausgangssituation in dem Band »Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland, Analysen und Empfehlungen«, der inzwischen in zweiter Auflage erschienen ist (Fegert et al. 2013). Hier werden die sogenannten »intangiblen« Kosten durch das individuelle Leid der Betroffenen, die Beeinträchtigungen auf dem Lebensweg, Probleme in weiteren Entwicklungsstufen, teilweise über Generationen hinweg, beschrieben sowie auch die unzureichende Versorgungssituation. Diese ist weniger durch unzureichende gesetzliche Grundlagen für

den Opferschutz gekennzeichnet als durch die Umsetzung der Maßnahmen in der Fläche und eine sehr große Variation in der Qualität der therapeutischen Angebote. Der zweite Teil ist eine ökonomische Traumafolgekostenstudie, die gemeinsam mit dem Institut für Gesundheitssystemforschung und der Universität Ulm erstellt wurde (Habetha et al. 2012). Darin werden die sogenannten gesellschaftlichen »Opportunity Costs« ermittelt: Dies sind die Kosten für Individuen und Gesellschaft, die durch einen schlechteren Zugang zu Bildung und schlechtere Möglichkeiten der Selbstverwirklichung berechnet werden, die aus quantitativem und qualitativem Mangel an adäquaten, koordinierten Formen der Krankenbehandlung und der psychosozialen Hilfen entstehen. Zusätzlich werden die Kosten für inadäquate Maßnahmen in Betracht gezogen, da sie keine oder nur eine geringe Verbesserung der Lebenssituation herbeiführen. Ausführlich dargestellt werden die bis dahin veröffentlichten fünf US-amerikanischen Studien sowie eine kanadische und eine australische Studie. Die Autoren schließen: »(…) der starke epidemiologische und naturwissenschaftliche Zusammenhang zwischen Traumatisierung und Traumafolgestörungen [wird] anhand mehrerer konkreter Beispiele aufgezeigt, wobei international alarmierend hohe Prävalenzraten für Traumatisierung im Kindes-/Jugendalter zugrunde liegen. Speziell für Deutschland stehen allerdings nur vergleichsweise wenige Studien zur Verfügung. Die Versorgung von Traumatisierten in Deutschland lässt in allen beteiligten Versorgungsbereichen Schwellen und Lücken erkennen, (…). Dabei spielen Organisations- und Kommunikationsdefizite im Zusammenspiel der unterschiedlichen Institutionen eine entscheidende Rolle. (…) Aufgrund eklatanter Datenlücken konnten bisher in keinem Land vollständige Folgekosten von kindlicher Traumatisierung erfasst werden, wobei die Datenbasis in Deutschland besonders schmal ist.«

Insgesamt sind die Folgen für viele Individuen und ihnen nahestehende Menschen sowie die Kinder dieser Betroffenen, aber auch gesamtgesellschaftlich – angesichts der hohen Prävalenz – gravierend. Ohne geeignete Interventionen der Jugendhilfe, ohne Maßnahmen der Entwicklungsförderung und der psychotherapeutischen Hilfen – so ist anzunehmen – haben betroffene Kinder eine noch geringere Chance, sich zu kompetenten und gesunden Erwachsenen entwickeln zu können. Allerdings werden die positiven oder negativen Effekte von Interventionen bei Kindeswohlgefährdung in keiner einzigen prospektiven Langzeitstudie untersucht, sodass zuverlässigere Aussagen zu den wirksamen oder nicht-wirksamen Interventionen nicht möglich sind, was die Notwendigkeit weiterer wissenschaftlicher Untersuchungen unterstreicht.

Hohe Folgekosten verursachen vermutlich die Entwicklung von dissozialem und delinquentem Verhalten. Jugendliche, die schwere Gewalt in der Kindheit erlebt hatten, berichten in der repräsentativen Schülerbefragung in Niedersachsen fast 5-fach häufiger als andere Jugendliche, verbale oder körperliche Gewalt gegen die Eltern angewendet zu haben. Sie gaben im Vergleich zu Jugendlichen ohne Gewalterfahrung auch doppelt so häufig an, Gewalttaten wie Körperverletzung, Raubüberfälle Erpressung oder sexuelle Übergriffe in Bezug auf andere Kinder oder Jugendliche getan zu haben. Auch in diesem Sinne ist der Rückgang gewaltförmiger Erziehungspraktiken sehr positiv – sie geht auch mit einem spürbaren Rückgang der Jugenddelinquenz einher (Baier 2015).

13.7 Sexueller Missbrauch und psychische Traumatisierung durch die neuen Medien

Obwohl Fälle realen sexuellen Missbrauchs bekannt sind, die durch Kontakte in Internetforen und Chatrooms angebahnt wurden, ist die überwiegende Zahl der traumatischen Erfahrungen in den neuen Medien psychischer Natur. Der Konsum extremer und brutaler physischer wie sexueller Gewalt kann starke emotionale Reaktionen auslösen und die Verarbeitungsfähigkeit von Kindern und Jugendlichen deutlich überfordern. Bei der verharmlosend »Happy Slapping« genannten Dokumentation realer physischer Angriffe und Demütigungen per Smartphone erfahren die Opfer durch Weiterverbreitung der Videos im Internet eine zusätzliche Demütigung und Stigmatisierung. Beim sog. »Cyber-Mobbing« oder »Cyber-Bullying« senkt die scheinbare Anonymität des Netzes die Hemmschwelle für Täter derart, dass teilweise massive abwertende Kommentare, Be-

leidigungen, Belästigungen und bloßstellende Bilder und Videos das psychische und das physische Wohl der Opfer und ihre Lebensqualität erheblich in Mitleidenschaft ziehen können, insbesondere durch die weitreichende, unkontrollierbare und nicht mehr löschbare Verbreitung in den neuen Medien. Dies kann ebenso wie bei ins Netz gestellten Aufnahmen realen sexuellen Kindesmissbrauchs gravierende emotionale, psychische und soziale Folgen bis hin zum Suizid nach sich ziehen.

»Cyber-Grooming« bezeichnet sexuelle Übergriffe in Internet Chatrooms, die von verbalen Anzüglichkeiten und Übergriffen, über die Zusendung exhibitionistischer, pornografischer Aufnahmen, die Aufforderung zu eigenen pornografischen Bildern oder Handlungen des Kindes oder Jugendlichen vor der Webcam bis hin zur Anbahnung eines realen sexuellen Missbrauchs gehen können. Dabei ist besonders das Wegfallen üblicher Kontrollmechanismen durch ein trügerisches Gefühl der Sicherheit im eigenen häuslichen Umfeld und die Unklarheit der Identität des Täters, der sich häufig kindliche Scheinidentitäten zulegt, von Bedeutung. Von den Kindern oder Jugendlichen selbst angefertigte Nacktbilder, die oft über Instant-Messager wie WhatsApp leichtfertig versendet werden (»Sexting«) können unter Umständen zu einem Gefühl tiefer Demütigung und Scham führen, da sie im Internet nicht löschbar sind und die Opfer unter Umständen lebenslang verfolgen. Auf dem Boden altersimmanenter Harmlosigkeit, Naivität und Neugier und dem Wunsch nach Grenzüberschreitung sind die skizzierten Gefahren meist nicht bewusst. Schuldgefühle können dazu führen, dass die Opfer sich nur schwer oder gar nicht ihren (oft selbst medienunerfahrenen) Eltern öffnen.

In einer Studie (Katzer u. Fetchenhauer 2007) gaben 38% von 1.700 der befragten Jugendlichen zwischen 10 und 19 Jahren sexuell übergriffige Erfahrungen im Netz bzw. in Chatrooms an. Die Frage nach Gewalterfahrung in und durch neue Medien muss daher obligat Bestandteil der psychischen Evaluation potenzieller Gewaltopfer sein. Präventiv ist eine altersgerechte Aufklärung über die Gefahren der neuen Medien und das Erlernen eines kompetenten und sicherheitsbewussten Medienumgangs erforderlich, ohne dass dabei eine Dämonisierung der neuen Medien erfolgt – insbesondere, da diese heute selbstverständlicher Bestandteil der Lebenswelt nahezu aller Jugendlicher und vieler Kinder sind.

Literatur

Baier D (2015) Ausmaß, Entwicklung und Folgen von innerfamiliärer Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. Unsere Jugend 67: 146–154

Bender D, Loesel F (2015) Risikofaktoren, Schutzfaktoren und Resilienz bei Misshandlung und Vernachlässigung. In: Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (Hrsg) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer; S 77–103

Bronfenbrenner U (1981) Die Ökologie der menschlichen Entwicklung. Stuttgart, Klett-Cotta-Verlag

Collin-Vézina D, Daigneault I, Hébert M (2013) Lessons learned from child sexual abuse research: prevalence, outcomes, and preventive strategies. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 7: 22. http://www.capmh.com/content/7/1/22

Deegener G, Körner W (Hrsg.) (2005) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Göttingen, Hogrefe-Verlag, S. 104–127

Derr R (2009) Sexuelle Gewalt in den neuen Medien. Herausforderung für den Kinder- und Jugendschutz. Monatsschr Kinderheilkd 157: 449–455

Egle UT (2015) Gesundheitliche Langzeitfolgen psychisch traumatisierender und emotional deprivierender Entwicklungsbedingungen in der Kindheit und Jugend. In: Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (Hrsg) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer; S 24–39

Fegert JM, Ziegenhain U, Goldbeck L (Hrsg.) (2013) Traumatisierte Kinder und Jugendliche in Deutschland. Analysen und Empfehlungen zu Versorgung und Betreuung, Beltz Verlag, Weinheim Basel

Goldberg AP, Tobin J, Daigneau J, Griffith RT, Reinert SE and Jenny C (2009) Bruising frequency and patterns in children with physical disabilities. Pediatrics 124: 604–609

Govindshenoy M, Spencer N (2007) Abuse of the disabled child: a systematic review of population-based studies. Review article. Child Care Health Dev 33: 552–558

Glaser D (2011) How to deal with emotional abuse and neglect – Further development of a conceptual framework (FRAMEA). Child Abuse Negl 35: 866–875

Habetha S, Bleich S, Sievers C, Marschall U, Weidenhammer J, Fegert JM (2012) Deutsche Traumafolgekostenstudie. Schriftenreihe/IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH Kiel, Bd. III. Kiel, Schmidt & Klaunig

Hardt J (2015) Können Kindheitsbelastungen retrospektiv erfasst werden? In: Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (Hrsg.) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer: S 219–238

Häuser W, Schmutzer G, Brähler E, Glaesmer H (2011) Misshandlungen in Kindheit und Jugend. Ergebnisse einer Umfrage in einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung. Dtsch Arztebl Int 108: 287–94

Hibbard R, Barlow J, MacMillan H and the AAP Committee on Child Abuse and Neglect and American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (2012) Psychological Maltreatment. Pediatrics 130: 372–378. http://pediatrics.aappublications.org/content/130/2/372

Hibbard RA, Desch LW and the Committee on Child Abuse and Neglect. Maltreatment of Children With Disabilities. American Academy of Pediatrics (2007, bestätigt 2011) Pediatrics 119: 1018–1025. www.pediatrics.org/cgi/content/full/119/5/1018

Hölling·H, Schlack·R, Petermann·F, Ravens-Sieberer U,·Mauz E (2014) Psychische Auffälligkeiten und psychosoziale Beeinträchtigungen bei Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 bis 17 Jahren in Deutschland – Prävalenz und zeitliche Trends zu 2 Erhebungszeitpunkten (2003–2006 und 2009–2012) Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1) KiGGS Study Group. Bundesgesundheitsbl 57: 807–819

Jones L, Bellis MA, Wood S et al. (2012) Prevalence and risk of violence against children with disabilities: A systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet 380:899–907

Katzer C, Fetchenhauer D (2007) Cyberbullying: Aggression und sexuelle Viktimisierung in Chatrooms. In: Gollwitzer M, Pfetsch J, Schneider V, Schulz A, Steffke T, Ulrich C (Hrsg) Gewaltprävention bei Kindern und Jugendlichen. Band I: Grundlagen zu Aggression und Gewalt in Kindheit und Jugend. Göttingen, Hogrefe. S 123–138

Kindler H, Werner A (2005) Auswirkungen von Partnerschaftsgewalt auf Kinder: Forschungsstand und Folgerungen für die Praxis. In: Deegener G, Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (Hrsg.) (2006) Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München, Deutsches Jugendinstitut

Klitzing K von, Doehnert M, Kroll M, Grube M (2015) Psychische Störungen in der frühen Kindheit. Dtsch Arztebl Int 112: 375–86

Kluth S, Stern K, Trebes J, Freyberger H-J (2010) Psychisch kranke Eltern und ihre 0- bis 3-jährigen Kinder – Zur Situation in Mecklenburg-Vorpommern. In: Renner I, Sann A, NZFH (Hrsg.) (2010) Forschung und Praxisentwicklung Frühe Hilfen. Modellprojekte begleitet vom Nationalen Zentrum Frühe Hilfen. Köln; S 42–55. http://www.fruehehilfen.de/fileadmin/user_upload/fruehehilfen.de/pdf/NZFH_Forschungsreader_low.pdf

Kvam MH (2000) Is sexual abuse of children with disabilities disclosed? A retrospective analysis of child disability and the likelihood of sexual abuse among those attending Norwegian hospitals. Child Abuse Negl 24:1073–1084

Laucht M, Esser G Schmidt MH (2000) Längsschnittforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 29: 246–262

Lenz A (2014) Kinder psychisch kranker Eltern. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Aufl. Göttingen: Hogrefe

Maguire SA, Williams B, Naughton AM, Cowley LE, Tempest V, Mann KM, Teague M, Kemp AM (2015) A systematic review of the emotional, behavioural and cognitive features exhibited by school-age children experiencing neglect or emotional abuse. Child Care Health Dev 41: 641–53

Otto H (2011) Bindung – Theorie, Forschung und Reform In: Keller H (Hrsg) Handbuch der Kleinkindforschung, 4. Aufl., Bern, Huber-Verlag

Pothmann J (2013) Erkennen von Gefährdungslagen – Jugendämter geben Statistischen Ämtern Auskunft über »8a-Verfahren«. In: Forum Jugendhilfe, H. 3, S. 30–36

Scharte M, Bolte G, for the GME Study Group (2012) Increased health risks of children with single mothers: the impact of socio-economic and environmental factors. European Journal of Public Health, Vol. 23, No. 3, 469–475

Sidebotham P, Heron J; ALSPAC Study Team (2003) Child maltreatment in the »children of the nineties«: the role of the child. Child Abuse and Neglect 27: 337–52

Spitz RA (1945) Hospitalism: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood. In: Eissler RS (ed) Psychoanalytic study of the child. New Haven: Yale University Press [Deutsche Ausgabe: Spitz R (1976) Vom Säugling zum Kleinkind. Naturgeschichte der Mutter-Kind-Beziehungen im ersten Lebensjahr. 5. Aufl. 1976, 1. Aufl. 1963. Klett, Stuttgart]

Staude-Müller F, Bliesener T, Nowak N (2009) Cyberbullying und Opfererfahrungen von Kindern und Jugendlichen im Web 2.0. In: Kinder- und Jugendschutz in Wissenschaft und Praxis 2: 42–47

Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Alink, LR, van IJzendoorn MH (2012) The Universality of Childhood Emotional Abuse: A Meta-Analysis of Worldwide Prevalence. J Aggress Maltreat Trauma 21: 870–890

Stoltenborgh M, van Ijzendoorn MH, Euser EM, Bakermans-Kranenburg MJ (2011) A global perspective on child sexual abuse: Meta-analysis of prevalence around the world. Child Maltreat 16: 79–101

Stürmer S, Salewski C, Meyer AK, Meyer J (2015) Methodische Qualität und Bindungsdiagnostik im Kontext familienrechtspsychologischer Gutachten. Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, 18: 26–43

Sullivan PM, Knutson JF (2000) Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. Child Abuse Negl 24: 1257–1273

Thyen U (1987) Kindesmißhandlung und Vernachlässigung – Prävention und therapeutische Intervention. Themen der Kinderheilkunde, Band 4, Hansisches Verlagskontor, Lübeck

Thyen U, Kirchhofer F, Wattam C (2000) Gewalterfahrung in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. Das Gesundheitswesen 62: 311–319

Wetzels P (1997) Gewalterfahrung in der Kindheit. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, Bd. 8, Baden-Baden

Walper S, Kindler H (2015) Partnergewalt. In: Melzer W, Hermann D, Sandfuchs D, Schäfer M, Schubarth W, Daschner P (Hrsg.) Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn

D Kindstötung

Grundlagen

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_14, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Tötungen von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern sind insgesamt selten. Vor allem die Zahl der Tötungen von Neugeborenen hat im Vergleich zu der Situation vor der Liberalisierung des Schwangerschaftsabbruchs deutlich abgenommen, ebenso wie die Müttersterblichkeit nach illegalen Schwangerschaftsabbrüchen (z. B. beim sog. »Seifenabort«). Obwohl in Anbetracht der Berichterstattung in den Medien der Eindruck entstehen kann, es sei in den letzten Jahren und Jahrzehnten zu einer Zunahme von Tötungsdelikten an Säuglingen und Kindern gekommen, lässt sich eine solche Entwicklung statistisch nicht belegen.

Pro Jahr sterben ca. 15 bis 30 meist von den Müttern ausgesetzte Neugeborene. Dieser Situation wird teilweise mit der Einrichtung sog. Babyklappen begegnet, deren protektive Wirkung jedoch sehr umstritten ist. Eine Verbesserung der Situation wird erwartet von der gesetzgeberisch neu verankerten Möglichkeit der sog. vertraulichen Geburt (www.geburt-vertraulich.de), bei der Schwangere unter anderem Namen in einem Krankenhaus bzw. einer Klinik entbinden und das Neugeborene unmittelbar zur Adoption freigegeben wird (siehe ▶ Kap. 15.1).

Von den Neugeborenentötungen abzugrenzen sind Tötungsdelikte an Säuglingen ohne zeitliche Nähe zur Geburt. Tötungen von Säuglingen und Kleinkindern kommen vor als Folge grober Gewalteinwirkung (Schläge, Tritte, tödliches Schütteltrauma etc.), als Ersticken durch weiche Bedeckung, aber auch in seltenen Fällen als Folge einer längerdauernden Vernachlässigung mit erheblicher Unterernährung (Malnutrition). Ebenfalls selten sind Tötungsdelikte an Säuglingen und Kleinkindern durch Intoxikationen, etwa nach Beibringung einer Überdosis von Schlafmitteln oder Drogen/Drogenersatzstoffen (Methadon).

Bei älteren Kindern als Gewaltopfern dominieren die stumpfe Gewalt und die komprimierende Gewalt gegen den Hals (Erwürgen, Erdrosseln). Im Einzelfall tötet der Täter (sehr selten die Täterin) das Opfer nach vorangegangenem sexuellem Missbrauch. Wenn die psychische und/oder physische Misshandlung ein älteres Kind, selten vor dem 12. Lebensjahr, in den Suizid treibt, dann werden diese Suizide in der Literatur nicht der Rubrik »Kindestötung« zugeordnet; dennoch ist auch im Einzelfall ein kausaler Zusammenhang zu einer vorangegangenen Kindesmisshandlung bzw. einer (emotionalen) Kindesvernachlässigung aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht zu bejahen.

Nicht nur juristisch ist zu differenzieren zwischen der

- vorsätzlichen Tötung eines Kindes (Mord, Totschlag) und dem
- leichtfertig oder fahrlässig in Kauf genommenen Tod als Folge einer schweren Misshandlung (fahrlässige Tötung, Körperverletzung mit Todesfolge).

Unterschieden werden müssen

- die Tötung eines Neugeborenen unter und unmittelbar nach der Geburt von
- Tötungsdelikten bzw. schweren, tödlich verlaufenden Säuglingsmisshandlungen (im 1. Lebensjahr),
- letalen Misshandlungen von Kleinkindern (bis zum vollendeten 6. Lebensjahr) und
- letalen Misshandlungen von Kindern (bis zum vollendeten 14. Lebensjahr)
- Tötungen von Kindern gleich welchen Alters im Rahmen eines sogenannten erweiterten Suizides oder von »Familientragödien«.

Angaben zur Differenzialdiagnose von plötzlichem Kindstod, Tötungsdelikt (Infantizid) und Münchhausen-Syndrom-by-Proxy sind in ◘ Tab. 14.1 aufgelistet.

14

14.1 Körperliche Vernachlässigung mit Todesfolge

Die körperliche Vernachlässigung mit Todesfolge (Verdursten, Verhungern) ergibt sich häufig aus den Gesamtumständen; dennoch müssen andere Todesursachen, schon aus forensischen Gründen, ausgeschlossen werden. Dies sind insbesondere konsumierende Erkrankungen, kongenitale Vitien sowie Malabsorptions- und Malassimilationssyndrome.

Körperliche Vernachlässigung, einhergehend mit einer erheblichen Unterernährung, führt in Extremfällen zum Tod des Kindes als Folge unzureichender Versorgung mit Nahrung (Verhungern; Proteinenergiemalnutrition; PEM). Die wichtigsten

Tab. 14.1 Vergleichende Daten zur Abgrenzung von plötzlichem Kindstod bzw. plötzlichem Säuglingstod (SIDS), Tötungsdelikt (Infantizid) und Münchhausen-Syndrom-by-Proxy in Form des Erstickens. (Mod. nach und orientiert an Noeker u. Keller 2002 sowie Häßler et al. 2007)

SIDS	Infantizid	MSbP
1.–12. Lebensmonat	Grundsätzlich jedes Alter	Säuglinge und Kleinkinder; letale Verläufe in ca. 10–15%
Auffinden nach längerer Schlafphase, d. h. Intervall zwischen letztem Kontakt und Tod > 2 h	Akutes Geschehen; selten nach längerer Schlafphase	Kaum nach längerer Schlafphase
Todeseintritt unbeobachtet im Schlaf	Täter nach eigener Aussage bei Tod des Kindes anwesend	Täter(in) war allein mit dem Kind
Säugling meist ohne klinische Krankheitssymptome	Säugling/Kleinkind ohne relevante Krankheitssymptome	Täter(in) berichtet häufig von akuter, lebensbedrohlich imponierender Symptomatik (Schreien, Augen verdrehen, blau anlaufen etc.)
Obduktion und Folgeuntersuchungen decken keine Todesursache auf	Obduktion und Folgeuntersuchungen führen in der Regel zum Nachweis der Todesursache	Obduktion und Folgeuntersuchungen z. T. wie bei SIDS, gelegentlich diskrete suspekte Befunde wie Petechien in der Gesichtshaut und/oder den Lidbindehäuten beim Ersticken durch weiche Bedeckung Bei lebenden Opfern: Symptome finden keine medizinische Erklärung
Kein Täter, natürlicher Tod	Täter mehrheitlich männlich	Täter mehrheitlich weiblich
Auffindesituation häufig morgens in Bauchlage	Unterschiedliche Auffindezeiten	Geschehen häufiger am späten Nachmittag und am Abend
In der Regel kein Wiederholungsfall in der Familie	In der Regel keine Wiederholungstat	Nicht selten sind mehrere Kinder betroffen
Eltern psychisch unauffällig	Tatspezifische psychische Besonderheiten möglich	Täter(in) häufig psychisch auffällig, jedoch ohne eindeutige psychiatrische Diagnose
Keine vorherige stationäre Behandlung des Säuglings	Besondere Umstände im Einzelfall	Auffällig häufig mehrfache ambulante und/oder stationäre ärztliche Konsultation Rückbildung der Symptome, wenn das Kind von dem/der Täter(in) getrennt wird
Mütter verheiratet oder eher in fester Beziehung lebend	-	Eher distanzierte Partnerschaft Vordergründig überbesorgte Mutter Beziehungssuche zum Klinikpersonal
Vorangegangene Apnoen oder sog. ALTE werden kaum berichtet	Gelegentlich »unklare Verletzungen« in der Vorgeschichte	Häufiger zuvor Einweisungen zur Behandlung, z. T. mit sog. ALTE-Symptomatik

SIDS = »sudden infant death syndrome« (plötzlicher Kindstod)
MSbP = Münchhausen-Syndrom-by-Proxy
ALTE = »apparent life threatening event«
Die Zuordnung eines Todesfalles zum Phänomen des plötzlichen Säuglingstodes – Sudden Infant Death Syndrome (SIDS) – ist eine Ausschlussdiagnose, darf also erst nach Ausschöpfung aller diagnostischen Möglichkeiten zur Klärung der Todesursache erfolgen. Eine z. B. genetisch bedingte Häufung des plötzlichen Säuglingstodes bei biologisch identischen Eltern gibt es nicht.

Symptome der körperlichen Vernachlässigung mit Todesfolge bzw. die Folgen der längerfristigen unterkalorischen Ernährung bei der ärztlichen Leichenschau sind in der ▶ Übersicht dargestellt.

Ärztliche Leichenschau: die wichtigsten Symptome der körperlichen Vernachlässigung

- Hochgradige Abmagerung bis zur »Skelettierung«
- Vertrocknete Haut mit stehenden Hautfalten (Exsikkose, ◘ Abb. 14.1)
- Verschmutzungen und Verkrustungen in den Hautfalten
- Nicht selten schwere sog. Windeldermatitis (◘ Abb. 14.2)
- »Greisengesicht« mit eingesunkenen Augen
- Fehlendes Unterhautfettgewebe
- Selten: (selbst) ausgerissene Haare
- Ulzera an Aufliegestellen: Steiß, Hüfte, Ferse, Hinterkopf, Rücken, Kniekehlen
- Verfilzte Haare (Läuse?)
- Extreme Anämie
- »Urinekzem« sowie urindurchtränkte und kotbeschmierte Kleidung
- Eventuell Tod durch Unterkühlung
- Zeichen einer Rachitis: bei unzureichender Versorgung mit Vitamin D und fehlender UV-Lichtexposition (Unterbringung in dunklen Räumen!)
- Radiologisch ein zurückgebliebenes Skelettalter mit deutlicher Entkalkung (u. a. schmale Kompakta der langen, gebogenen Röhrenknochen)



◘ **Abb. 14.1** Tödliches Verhungernlassen, hochgradige Exsikkose mit deutlich stehenden Hautfalten (14 Monate alt gewordenes Mädchen). (Abb. freundlicherweise überlassen von Prof. Dr. med. Riße, Gießen)



◘ **Abb. 14.2** Tödliches Verhungernlassen mit schwerster sog. Windeldermatitis (14 Monate alt gewordenes Mädchen). (Abb. freundlicherweise überlassen von Prof. Dr. med. Riße, Gießen)

Bei der Obduktion sind neben den genannten Auffälligkeiten weitere Befunde zu erheben (▶ Übersicht).

Obduktion: zusätzlich zu erhebende Befunde

- Fehlender Wangenfettpfropf (Bichat-Fettpfropf)
- Kein subkutanes Fettgewebe
- Fehlendes bzw. stark reduziertes Fettgewebe im Körperinneren
- Ubiquitäre Ödeme als Ausdruck eines hochgradigen Proteinmangelsyndroms (»Hungerödeme«)
- Reduzierte Organgewichte, bezogen auf das Alter des Kindes
- Kotsteine
- Abweichung im Längenwachstum (Abgleich der individuellen Perzentile mit früheren Messwerten)
- Final hinzugetretener akuter Flüssigkeitsverlust
- Final häufig ein interkurrenter exazerbierter Infekt (Pneumonie?)

Auch postmortal kann die unzureichende Versorgung mit Flüssigkeit und Nahrung durch biochemische Befunde nachgewiesen werden: erhöhter Harnstoffgehalt in der Glaskörperflüssigkeit, entsprechend dem sog. Dehydratationsmuster (»dehydration pattern«). Autoptisch festgestellte Länge und Gewicht des Kindes können korreliert werden mit den zu erwartenden Normwerten, sodann kann die Unterernährung z. B. nach der häufig verwendeten Waterlow-Klassifikation (Waterlow 1973) graduiert werden (Graduierung der Proteinenergiemalnutrition).

Als unmittelbare Todesursache finden sich zumeist Infektionen (Pneumonie). Histologisch sieht man gelegentlich eine Aspiration von Mageninhalt (Pneumomalacia acida?), ein interstitielles Ödem in den inneren Organen als Folge des Proteinmangels und Knochenumbauzonen mit vermehrten mehrkernigen Osteoklasten sowie Resorptionslakunen im Sinne einer Rachitis.

Auf die körperliche Vernachlässigung eines Neugeborenen mit Todesfolge wird gesondert eingegangen (▶ Kap. 15).

Literatur

Adelson L (1963) Homicide by Starvation: the nutritional variant of battered child. JAMA 186: 458–460

American Academy of Pediatrics (AAP) (2006, 2013) Hymel K and the Committee on Child Abuse and Neglect. Distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities. Pediatrics: 118: 421–427. http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/421

American Academy of Pediatrics (2010, 2014) Christian CW, Sege RD, Committee on Child Abuse and Neglect, Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention and Council on Community Pediatrics. Child Fatality Review. Pediatrics 126: 592–596. http://pediatrics.aappublications.org/content/126/3/592

Andrew T, Greenbaum J (2009) Pathology of fatal abuse. In: Reece RM, Christian CW (eds) Child abuse: Medical diagnosis and management, 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, pp 637–710

Banaschak S, Schmidt P, Madea B (2003) Smothering of children older than 1 year of age – diagnostic significance of morphological findings. Forens Sci Int 134: 163–168

Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT (1996) Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 35: 1174–1182

Bohnert M, Große-Perdekamp M, Pollak S (2004) Three subsequent infanticides covered up as SIDS. International Journal of Legal Medicine 119: 31–34

Cavanagh K, Emerson Dobash R, Dobash RP (2007) The murder of children by fathers in the context of child abuse. Child Abuse & Neglect 31: 731–746

Dettmeyer R (2004) Plötzlicher Kindstod. Shaker-Verlag, Aachen

Dettmeyer R, Schütz H, Verhoff MA (2014) Rechtsmedizin. Springer, Heidelberg, 2. Aufl., S. 145–150

Dettmeyer R, Verhoff MA, Schütz H (2014) Infanticide and Neonaticide. In: Forensic Medicine. Springer, Heidelberg, pp 321–335

Dölling D (2009) Die Kindestötung unter strafrechtlichen Aspekten. Forens Psychiat Psychol Kriminol 3: 32–36

Friedman SH, Resnick PJ (2009) Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. International Journal of Law and Psychiatry 32: 43–47

Gill JR, Morotti RA, Tranchida V, Morhaime J, Mena H (2008) Delayed homicides due to infant injury initially reported as natural (cerebral palsy) deaths. Pediatr Dev Pathol 11: 39–45

Häßler F (2014) Kindstötungen – wie lässt sich das erklären? Kriminalistik 4: 203–207

Häßler F, Zamorski H, Weirich S (2007) Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen plötzlichem Säuglingstod (SIDS), Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP) mit tödlichem Ausgang und Infantizid. Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother 35: 237–246

Häßler F, Schepker R, Schläfke D (Hrsg.) (2008) Kindstod und Kindstötung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MMV), Berlin

Höynck T, Zähringer U, Behnsen M (2011) Neonatizid. Expertise im Rahmen des Projekts »Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland – Fallzahlen, Angebote, Kontexte«. Deutsches Jugendinstitut (www.dji.de); abrufbar als *.pdf

Höynck T, Behnsen M, Zähringer U (2015) Tötungsdelikte an Kindern unter 6 Jahren in Deutschland. Eine kriminologische Untersuchung anhand von Strafverfahrensakten (1997–2006). Springer VS, Wiesbaden

Janssen W (1977) Histologische Befunde bei Hunger-Schäden. In: Janssen W (Hrsg.) Forensische Histologie, Schmidt-Römhild-Verlag, Lübeck 1977, S. 327–333

Jenny C, Isaac R (2006) The relation between child death and child maltreatment. Arch Dis Child 91: 265–269

Kellogg ND, Lukefahr JL (2005) Criminally prosecuted cases of child starvation. Pediatrics 116: 1309–1316

Klier CM, Grylli C, Amon S, Fiala C, Weizmann-Henelius G, Pruitt SL, Putkonen H (2012) Is the introduction of anonymous delivery associated with a reduction of high neonaticide rates in Austria? A retrospective study. BJOG 2012; DOI: 10.1111/1471-0528.12099

Marneros A (2003) Schlaf gut, mein Schatz. Eltern, die ihre Kinder töten. Scherz-Verlag, Bern

Nagao M, Maeno Y, Koyama H, Seko-Nakamura Y, Monma-Othtaki J, Iwasa M, Zhe LX, Kawashima N, Yano T (2004) Estimation of caloric deficit in a fatal case of starvation resulting from child neglect. J Forens Sci 49: 1073–1076

Navarro B, Urban R (2004) »Overkill« im Rahmen einer Neugeborenentötung. Arch Kriminol 213: 129–137

Neuheuser S (2005) Strafrechtliche Bewertung sogenannter Babyklappen in der Praxis. Kriminalistik, S. 738–741
Noeker M, Keller KM (2002) Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. Monatsschr Kinderheilkd 150: 1357–1369
Oehmichen M, Gerling I, Meissner C (2000) Petechiae of the baby's skin as differentiation symptom of infanticide versus SIDS. J Forensic Sciences 45: 602–607
Palusci V, Covington TM (2013) Child maltreatment deaths in the U.S. National Child Death Review Case Reporting System. Child Abuse Negl 38: 25-36. http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.014
Pollanen MS, Smith CR, Chiasson DA, Cairns JT, Young J (2002) Fatal child abuse-maltreatment syndrome. A retrospective study in Ontario, Canada, 1990–1995. Forens Sci Int 126: 101–104
Piercecchi-Marti MD, Louis-Borrione C, Bartoli C, Sanvoisin A, Panuel M, Pelissier-Alicot AL, Leonetti G (2006) Malnutrition, a rare form of child abuse: diagnostic criteria. J Forens Sci 51: 670–673
Franz Resch, Michael Kaess, Paul L.Plener, Jörg M. Fegert. Suizidales Verhalten. In: Fegert JM, Eggers C, Resch F (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Springer-Verlag Heidelberg 2012, S. 959–970
Schlotz N, Louda J, Marneros A, Rohde A (2009) Von der verdrängten Schwangerschaft bis zur Kindstötung. Relevante Aspekte für Gynäkologen. Gynäkologe 8: 614–618
Schmidt P, Dettmeyer R, Madea B (1998) Suizide von Kindern und Jugendlichen. Arch Krim 202: 1–7
Schulte B, Rothschild MA, Vennemann M, Banaschak S (2013) Examination of (suspected) neonaticides in Germany: a critical report on a comparative study. Int J Leg Med 127: 621–625
Southall DP, Stebbens VA, Rees SV, Lang MH, Warner JO, Shinebourne EA (1987) Apnoeic episodes induced by smothering: two cases identified by covert video surveillance. British Medical Journal (BMJ) 294: 1637–1641
Swientek C (2004) Anonymisierung von Müttern und Kindern durch Babyklappe und anonyme Geburt. Hebammenforum, S. 662–664
Thomsen H, Bauermeister M, Wille R (1992) Zur Kindestötung unter der Geburt. Eine Verbundstudie über die Jahre 1980–1989. Rechtsmedizin 2: 135–142
Vennemann B, Große Perdekamp M, Weinmann W, Faller-Marquardt M, Pollak S, Brandis M (2006) A case of Munchhausen syndrome by proxy with subsequent suicide of the mother. Forens Sci Int 158: 195–199
Vennemann B, Bajanowski T, Karger B, Pfeiffer H, Köhler H, Brinkmann B (2005) Suffocation and poisoning – the hard hitting side of Munchhausen syndrome by proxy. Int J Leg Med 119: 98–102
Verhoff MA, Schütz H, Heidorn F, Risse M, Dettmeyer R, Bajanowski T (2007) Rechtsmedizinische Obduktion von Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern – Asservierung für Histologie, forensische Toxikologie, DNA-Analyse und Entomologie. Rechtsmedizin 17: 95–102
Waterlow JC (1973) Note on the assessment and classification of protein-energy-malnutrition in children. The Lancet: 87–89

Tötung von Neugeborenen und Säuglingen

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_15,

Tötungen von Neugeborenen werden nahezu ausschließlich von den Müttern verübt, bei Säuglingen und Kindern gibt es auch männliche Täter. Bei der Tötung von Säuglingen und Kleinkindern zeigt sich das gesamte Spektrum gewaltsamer Todesursachen: Ersticken, Erdrosseln, Ertränken, stumpfe Gewalt, scharfe Gewalt, Verbrennen und Vergiften; nur bei dieser Altersgruppe findet sich das Schütteltrauma (▶ Kap. 3). Eine Besonderheit ist weiterhin das Töten durch Unterlassen erforderlicher Hilfs- und Schutzmaßnahmen.

Besonderer Beachtung bedarf das Ersticken durch weiche Bedeckung. Dies kann sehr spurenarm bis spurenfrei erfolgen. Insbesondere Fälle von Ersticken durch Bedecken der Atemöffnungen sind im Einzelfall dem Phänomen des sog. plötzlichen Kindstodes (»sudden infant death syndrome«; SIDS) zugeordnet worden (Tab. 14.1). Erst das Geständnis des Täters/der Täterin führte zur Aufdeckung des Tatgeschehens. In einzelnen Fällen erfolgte ein tödliches Ersticken durch weiche Bedeckung (auch nach zuvor nicht tödlichem »Anersticken«) im Rahmen eines sog. Münchhausen-Syndroms-by-Proxy (MSbP; ▶ Kap. 6).

15.1 Tötung unter und unmittelbar nach der Geburt (Neugeborenentötung)

Die Tötung von Neugeborenen kommt auch heute in der rechtsmedizinischen Praxis noch vor, wenn auch selten. Es kann erhebliche Probleme beim Nachweis einer zweifelsfreien Todesursache geben, insbesondere bei längeren Leichenliegezeiten. Die Tötung kann erfolgen durch Unterlassen erforderlicher Hilfs- und Schutzmaßnahmen: durch Liegenlassen nach z. B. Mekonium- oder Blutaspiration, Ertrinkenlassen nach Geburt in das Toilettenbecken, sehr selten Verblutenlassen aus einer Nabelschnurverletzung (umstritten; s. unten), Unterkühlen lassen oder unterlassene Versorgung mit Flüssigkeit.

Die Umstände der Neugeborenentötung zeigen eine Reihe von Charakteristika bei den Kindesmüttern bzw. den Umständen der Schwangerschaft. Die Kindesmütter

- sind mehrheitlich unter 25 Jahre (16–38 Jahre)
- leben häufig allein oder noch im Elternhaus
- sind zu mehr als 80% nicht verheiratet
- haben häufig die Schwangerschaft geleugnet oder verdrängt und
- haben selbst nahe Angehörige und den Kindesvater nicht informiert
- werden von den einsetzenden Wehen unvorbereitet getroffen
- entbinden offenbar häufig zu Hause im Bad, aber auch andernorts
- sollen tendenziell infantil, passiv und gefühlskalt sein
- haben selten bereits mehrere Kinder

Diese beschriebenen Charakteristika bei den Kindesmüttern sind nicht unumstritten, da sich jeweils auch andere Fallkonstellationen finden lassen. Gemeinsam sind allen Fällen die Umstände der Schwangerschaft.

Wird ein Neugeborenes tot gefunden, so konzentrieren sich die Tätigkeit der Ermittlungsbehörden und die rechtsmedizinische Diagnostik auf mehrere Fragen, einerseits hinsichtlich des Neugeborenen, andererseits im Hinblick auf die Mutter als potenzielle Beschuldigte bzw. Täterin (▶ Übersicht). Vorrangig geht es um den Nachweis des Neugeborenseins, der Reife bzw. Lebensfähigkeit des Neugeborenen und des tatsächlichen Gelebthabens.

Fragestellungen bei einem gefundenen/ausgesetzten toten Neugeborenen

- Neugeborenes
  - Schwangerschaftsdauer bzw. Reife/Alter
  - Lebensfähigkeit
  - Lebensdauer nach der Geburt (»Gelebthaben«)
  - Zeichen des Neugeborenseins und Art der Abnabelung
  - Todesursache
  - Rekonstruktive Aussagen zum Geschehen
- Kindesmutter
  - Identifikation der Kindesmutter
  - Diagnose der kurz zuvor erfolgten Geburt
  - Zeitliche Eingrenzung des Zeitpunktes der Geburt
  - Korrelation von Geburtszeitpunkt und Liegezeit des Neugeborenen
  - Aussage zur Geburt und zum Tathergang
  - Verbleib der Plazenta, der Nabelschnur

15.1.1 Untersuchung der Kindesmutter

Grundsätzlich kann eine Frau bei begründetem Verdacht als Beschuldigte einer ärztlichen Untersuchung zugeführt werden zur Abklärung der Frage einer kürzlich stattgehabten Schwangerschaft (Rechtsgrundlage: § 81a StPO ▶ Kap. 20). Diese Untersuchung sollte zur Klärung der in der ▶ Übersicht dargestellten Punkte von einer Gynäkologin/einem Gynäkologen durchgeführt werden.

Untersuchung bei Verdacht auf eine kürzlich stattgehabte Geburt

- Größe und Konsistenz des Uterus
- Fundusstand
  - Unmittelbar post partum: 2 Querfinger oberhalb des Nabels
  - 1. Tag post partum: 1 Querfinger oberhalb des Nabels oder in Nabelhöhe
  - 2. Tag post partum: 1–2 Querfinger unterhalb des Nabels
  - 3. Tag post partum: 3 Querfinger unterhalb des Nabels
  - 7. Tag post partum: 2 Querfinger oberhalb der Symphyse
  - 10. Tag post partum: in Höhe der Symphyse
- Lage des Uterus
- Weite von Portio und Cervix uteri
- Abgang von Lochialsekret
- Zustand der Mammae einschließlich der Mamillen
- Eingrenzung des Geburtszeitpunktes
- Gegebenenfalls Probenentnahme für eine DNA-Analyse (Rechtsgrundlage: § 81e StPO) zur Klärung der Mutterschaft

Kommt eine größere Gruppe oder gar eine Vielzahl von Frauen als Kindesmutter in Betracht, so ist auf der Grundlage des neu geschaffenen § 81h StPO auch ein Massengentest möglich, wie er ebenso zulässig ist bei der Suche nach einem Sexualstraftäter.

15.1.2 Untersuchung des toten Neugeborenen

Die wesentliche Besonderheit bei der rechtsmedizinischen Untersuchung von Neugeborenen ist die Frage des Gelebthabens. Ein Tötungsdelikt kann nur vorliegen, wenn das Neugeborene zum Zeitpunkt des Einsetzens der Presswehen oder außerhalb des Mutterleibes gelebt hat. Ist das Ungeborene intrauterin gestorben und wurde tot geboren, so kommt strafrechtlich – wenn überhaupt – allenfalls ein Verstoß gegen die §§ 218 ff. StGB (Schwangerschaftsabbruch) in Betracht. Daher ist einerseits der Nachweis der Lebensfähigkeit und des Gelebthabens durch Feststellung von Reifezeichen etc. zu erbringen, andererseits müssen geburtsbedingte und andere konkurrierende Todesursachen ausgeschlossen werden.

Ein Neugeborenes kann allein aufgrund einer relativ kurzen Schwangerschaft noch unreif und dadurch nicht lebensfähig gewesen sein. Die anerkannten Reifezeichen des Neugeborenen sind in ◘ Tab. 15.1 zusammengefasst.

In der Literatur finden sich umfangreichere Tabellen zur Abschätzung des Gestationsalters bzw. Reifegrades eines Neugeborenen unter Berücksichtigung von Länge, Körpergewicht, biparietalem Durchmesser, Organgewichten, Plazentagewichten und z. B. Ossifikationen bzw. Ossifikationskernen.

Von einer theoretischen Lebensfähigkeit des Neugeborenen kann etwa ab der 22./23. Schwangerschaftswoche ausgegangen werden (ein Weiterleben ohne Intensivtherapie ist dabei nicht denkbar), regelmäßig ist Lebensfähigkeit gegeben ab der 32. Schwangerschaftswoche. Allerdings müssen Erkrankungen, die mit einer Lebensfähigkeit nicht vereinbar sind oder begründete Zweifel an der Lebensfähigkeit wecken, ausgeschlossen sein. Dazu gehören solche, die bei der Geburt auftreten können, und vorbestehende sowie erworbene, insbesondere infektiöse Erkrankungen. Derartige konkurrierende Todesursachen sind z. B.:

- geburtsbedingte Todesursachen (z. B. intrakranielle Blutungen, protrahierte Geburt, selten Ersticken durch über den Atemöffnungen liegende Eihäute, Erdrosseln durch intrauterine Nabelschnurumschlingung; siehe ◘ Abb. 15.1,

Tab. 15.1 Typische Reifezeichen für die Beurteilung tot aufgefundener Neugeborener

Kriterium	Wert bzw. Befund
Körpergröße	48 cm
Körpergewicht	2500 g
Kopfumfang	34–35 cm
Nabelschnurlänge	Ca. 50 cm
Plazentagewicht	Ca. 500 g; keine größeren Plazentainfarkte
Fingernägel	Überragen die Fingerkuppen
Zehennägel	Überragen die Zehenkuppen
Lanugobehaarung	Nur noch an den Schultern
Genitale	Deszensus der Hoden, Labia majora bedecken Labia minora
Schulterbreite	12,5 cm
Hüftbreite	9,5 cm
Beclard-Knochenkern (distale Femurepiphyse)	5 mm

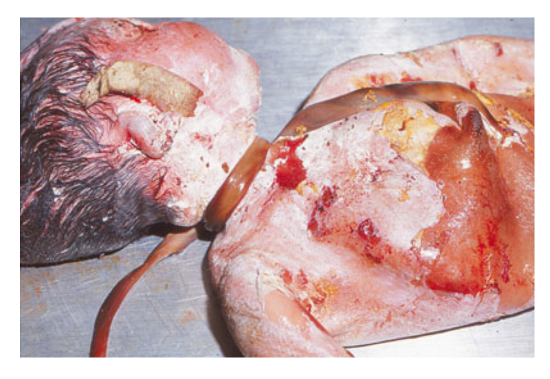


Abb. 15.1 Totgeburt in die Toilette nach intrauteriner tödlicher Nabelschnurumschlingung (übernommen aus: Dettmeyer et al. 2014)

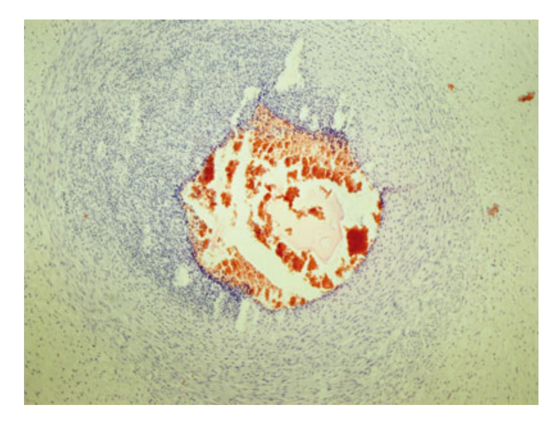


Abb. 15.2 Mikroskopisch eitrige Omphalovaskulitis bei Amnioninfektionssyndrom (übernommen aus: Dettmeyer 2011)

- kongenitale Fehl- und Missbildungen, insbesondere des kardiovaskulären Systems (Herz- bzw. Gefäßfehler),
- Letale intrauterine Infektionen (Chorioamnionitis und Omphalovaskulitits (Abb. 15.2) mit Amnioninfektionssyndrom bzw. Puerperalsepsis),
- Plazentogene Todesursachen (Insertio velamentosa, Plazentainfarkte, Plazentitis, Plazentareifungsstörungen, vorzeitige Plazentalösung).

Bei zeitnah zur Geburt aufgefundenen toten Kindern kann einerseits schon äußerlich eindeutig der Nachweis des Neugeborenseins (anhaftende Vernix caseosa (»Käseschmiere«), z. B. in den Haaren und Hautfalten, Nachweis einer Nabelschnur oder einer Geburtsgeschwulst) geführt werden, und andererseits können bei der Obduktion Vitalitätszeichen bzw. Zeichen des Gelebthabens gefunden werden (siehe Kriterien in Tab. 15.2).

Bei fehlendem Nachweis des Gelebthabens kommt ein Tod unmittelbar unter der Geburt in Betracht oder ein intrauteriner Fruchttod. Eine Aussage zum Zeitpunkt des intrauterinen Fruchttodes erlaubt ggf. der Mazerationsgrad des Feten bzw. Totgeborenen. Aus medizinischer Sicht lebt ein Neugeborenes, wenn Kindsbewegungen vorhanden sind und Herztöne nachgewiesen werden, zu beurteilen auch indirekt am Pulsieren der Nabelschnur. Beide Angaben sind jedoch häufig nicht erhältlich. Bei der Obduktion und für die Beweisführung vor Gericht entspricht daher das »Gelebthaben« praktisch dem »Geatmethaben«.

Sind das Neugeborensein, die Lebensfähigkeit und das tatsächliche Gelebthaben (Geatmethaben) belegt, so ist die Frage der Todesursache zu klären. Dabei müssen einerseits natürliche Todesursachen in Betracht gezogen werden, andererseits bei Aus-

Tab. 15.2 Zeichen des Gelebthabens bei einem Neugeborenen

Kriterium	Befund
Lungenflügel	Füllen die Pleurahöhlen vollständig aus
Lungenkonsistenz	Luftkissenartig; Knistern bei Betasten
Lungenoberflächen	Hellgrau-rötlich mit eingesunkenen Atelektasen
Schwimmproben	Im Ganzen und in Teilen
Halsorgane + Lungen + Mediastinum	Schwimmprobe positiv, wenn die Lungen oben schwimmen und das Organpaket »halten«
Lungenflügel allein	Positiv
Lungenlappen allein	Positiv (u. U. von Bedeutung, wenn die erste Lungenschwimmprobe mit Organpaket nicht eindeutig positiv war!) **Cave:** Lungenschwimmprobe falsch positiv bei Fäulnis oder künstlicher Beatmung, falsch negativ bei Tötung vor dem ersten Atemzug oder Aspiration von Flüssigkeit
Magen-Darm-Trakt	In der Regel erst nach Belüftung der Lungen positiv durch »Verschlucken von Luft«, daher zeitnah zur Geburt eher positive Lungen- und negative Magen-Darm-Schwimmprobe **Cave:** Bei Behinderung der Atmung kann auch Luft allein in den Magen gelangen
Lebensdauerbestimmung durch Magen-Darm-Schwimmprobe	
Luft nur im Magen und oberen Duodenum	Wenige Minuten bis maximal 30 min
Luft im Duodenum, Jejunum und Ileum	Rund 6 h
Luft im gesamten Kolon	Rund 12 h
Lebensdauerbestimmung durch Mekoniumuntersuchung	
Mekonium noch im gesamten Kolon	Weniger als 2 Tage
Mekonium nur noch in den Darmbuchten	2–3 Tage, evtl. 5 Tage
Vorhandensein einer Geburtsgeschwulst	Kann fehlen bei kleinen Neugeborenen, weitem Becken der Mutter und rascher Geburt

schluss einer natürlichen Todesursache eine Tötung des Neugeborenen. Die wichtigsten natürlichen Todesursachen können z. B. sein: Unreife des Neugeborenen und dadurch bedingtes Atemnotsyndrom, Fehl- bzw. Missbildungen innerer Organe, intrauterine oder peripartale Asphyxie, insbesondere bei ausgeprägter Nabelschnurumschlingung, schwerste Anämie bei Blutverlusten, u. a. bei vorzeitiger Plazentalösung, Geburtsverletzungen, und Amnioninfektionssyndrom insbesondere nach vorzeitigem Blasensprung oder Infektion der Mutter unter der Geburt.

Die Neugeborenentötung erfolgt v. a. durch

- komprimierende Gewalt gegen den Hals (Würgen, Drosseln),
- Verschluss der Atemöffnungen (mit der Hand, einem Tuch, Knebeln mit Rachenverletzungen o. Ä.) – zugleich auch, um das Schreien des Kindes zu unterbinden,
- stumpfe Gewalt (Schläge, Tritte, Schädelhirntrauma etc.),
- Stich- und/oder Schnittverletzungen mit Verbluten,
- Ertränken,

- unversorgtes Ablegen des lebenden Neugeborenen, das an Unterkühlung stirbt oder verdurstet.

Die Äußerungen der Kindesmutter müssen mit den erhobenen Befunden verglichen werden. Je nach Todesursache ist ein entsprechendes Geschehen zu erwarten oder auch auszuschließen. Zu den häufigeren Angaben der Kindesmutter gehört, sie sei unter der Geburt nicht mehr handlungsfähig gewesen, es sei zu einer überraschenden sog. »Sturzgeburt« auf der Toilette gekommen und/oder die Nabelschnur sei zerrissen und das Neugeborene sei dann verblutet. Eine deutlichere Geburtsgeschwulst (Caput succanedeum) spricht als Indiz für eine längere Austreibungsphase während der Geburt und gegen die Angabe einer »Sturzgeburt«.

Handlungsfähigkeit der Mutter des Neugeborenen
Im Hinblick auf das Gelebthaben des Säuglings können Angaben der Kindesmutter von Bedeutung sein, sie sei unter der Geburt oder sofort danach bewusstlos geworden und habe das Kind daher nicht versorgen können. Bewusstlosigkeit der Mutter unter oder sofort nach der Geburt ist ein sehr seltenes Ereignis. Denkbare Erklärungen sind eine Eklampsie bzw. ein epileptischer Anfall, sehr selten ein erheblicher Blutverlust der Mutter. Letzteres kann durch eine zeitnahe Bestimmung des Hb-Wertes bei der Mutter überprüft werden.

Sturzgeburt Nicht selten gibt die Kindesmutter an, es sei nach plötzlichem Stuhldrang überraschend zur Geburt des Kindes in die Toilettenschüssel gekommen. Die dabei zu unterstellende »Sturzhöhe« bei Hockstellung der Mutter ist jedoch einerseits nicht geeignet, zum Tod des Säuglings zu führen. Andererseits wären bei der Obduktion entsprechende Sturzverletzungen zu erwarten. Gelegentlich ist auch zu prüfen, ob eine Geburt in das Wasser der Toilette erfolgte mit einem Ertrinkungstod des Neugeborenen.

Zerreißen der Nabelschnur und Tod durch Verbluten
Gelegentlich kommt die Frage auf, ob der Säugling nach einem Riss der Nabelschnur verblutet sein könne. Ein spontanes Zerreißen der Nabelschur ist nur schwer möglich, setzt eine entsprechende Sturzhöhe voraus und Befunde an der Durchtrennungsstelle, die sich mit einem Riss vereinbaren lassen: Evtl. hervorstehende Gefäßstümpfe, fetzige Ränder und eine schräge Rissfläche sind mit der Angabe eines Nabelschnurrisses vereinbar, glatte Ränder der Gefäße oder zipfelige Fortsetzungen des Nabelschnurendes mit glatten Rändern sprechen gegen einen Riss. Darüber hinaus ist ein Verbluten selbst bei zerrissener Nabelschnur sehr unwahrscheinlich, weil derartige Blutungen im Regelfall spontan zum Stillstand kommen nach Kontraktion der Umbilikalarterie, die ohnehin nur einen relativ niedrigen Blutdruck aufweist, sowie wegen der postpartalen Blutumverteilung in den kleinen Kreislauf.

15.1.3 Rechtslage bei Neugeborenentötung

Die Problematik der intrauterinen Körperverletzung oder Tötung eines Embryos bzw. Feten stellt sich gelegentlich bei der Ausübung körperlicher Gewalt in der Partnerschaft, z. B. in Form von Schlägen und Tritten gegen den Bauch der Schwangeren. Derartige Taten mit Schädigung des Embryos bzw. Feten werden bezüglich des Feten nicht von den Körperverletzungs- und Tötungsdelikten des Strafgesetzbuches erfasst. Eine Strafbarkeit gemäß §§ 218 ff. StGB ist gegeben bei Herbeiführung eines Schwangerschaftsabbruchs außerhalb der gesetzlich zugelassenen Varianten. So ist z. B. das Verprügeln einer Schwangeren mit dadurch induzierter nachfolgender Fehlgeburt ein strafbarer Schwangerschaftsabbruch, jedoch kein Tötungsdelikt am Kind. Juristisch wird der Embryo bzw. Fet als integraler Bestandteil des Körpers der Schwangeren betrachtet. Daher liegt in diesen Fällen immer ein Körperverletzungsdelikt an der Schwangeren vor.

> **Die Tötungsdelikte des StGB (§ 211 – Mord; § 212 – Totschlag) schützen menschliches Leben erst ab dem Beginn der (Press-)wehen. Da bei Neugeborenentötungen regelmäßig eine vaginale Entbindung stattgefunden hat, kommen ab dem Einsetzen der Wehen grundsätzlich auch die Straftatbestände Mord und Totschlag in Betracht. Bei einer Kaiserschnitt-**

entbindung (Sectio caesarea) wird als entsprechender Zeitpunkt das Ansetzen des Skalpells des Operateurs auf die Bauchhaut angenommen.

Nach Anordnung einer gerichtlichen Obduktion von einem Richter oder Staatsanwalt (§ 87 StPO) findet bei der Obduktion Neugeborener § 90 StPO Anwendung:

§ 90 StPO [Öffnung der Leiche eines Neugeborenen]
Bei Öffnung der Leiche eines neugeborenen Kindes ist die Untersuchung insbesondere darauf zu richten, ob es nach oder während der Geburt gelebt hat und ob es reif oder wenigstens fähig gewesen ist, das Leben außerhalb des Mutterleibes fortzusetzen.

Bis zum 01.04.1998 gab es im Strafgesetzbuch mit § 217 StGB eine Sonderregelung für Fälle von Neugeborenentötungen:

Früherer § 217 StGB [Kindestötung]
(1) Eine Mutter, welche ihr nichteheliches Kind in oder gleich nach der Geburt tötet, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren bestraft.
(2) In minder schweren Fällen ist die Strafe Freiheitsstrafe von 6 Monaten bis zu 5 Jahren.

Nach Abschaffung des § 217 StGB sollen Fälle von Neugeborenentötungen als minder schwerer Fall des Totschlags von § 213 StGB erfasst werden in der Variante »sonst ein minder schwerer Fall«.

§ 213 StGB [Minder schwerer Fall des Totschlags]
War der Totschläger ohne eigene Schuld durch eine ihm oder einem Angehörigen zugefügte Misshandlung oder schwere Beleidigung von dem Getöteten zum Zorn gereizt und hierdurch auf der Stelle zur Tat hingerissen worden oder liegt sonst ein minder schwerer Fall vor, so ist die Strafe Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren.

15.1.4 Vertrauliche Geburt, anonyme Geburt und Babyklappen

Sogenannte Babyklappen und auch anonyme Geburten werden angeboten, weil damit – so die Argumentation – Neugeborenentötungen vermieden und das Aussetzen von Kindern sicher, d. h. ohne sie gesundheitlich zu gefährden, vorgenommen werden kann. Die Einrichtung von Babyklappen begann in Deutschland 1999, und bereits Ende 2000 gab es ca. 40 Babyklappen, Ende 2002/Anfang 2003 waren es bereits ca. 60–70. Bei einer anonymen Geburt bleibt die Mutter unerkannt. Das Problematische ist dabei, dass so das Recht des Kindes auf Kenntnis seiner Herkunft verletzt wird und die Kinder in späteren Jahren dadurch eine psychische Belastung erfahren können.

In Europa gewährten in der Vergangenheit insbesondere Frankreich und Luxemburg Frauen einen gesetzlichen Anspruch, zwischen einer anonymen Geburt und der Anerkennung des Kindes frei zu wählen. Die Möglichkeit der anonymen Geburt gibt es auch in anderen Ländern (Spanien, Italien, Österreich, Kolumbien). In Frankreich soll es zu jährlich ca. 700 anonymen Geburten kommen. In Österreich wurde die anonyme Geburt legalisiert, im Herbst 2000 in Wien die erste Babyklappe eröffnet, seit 2001 ist die Kindesaussetzung dort nur noch strafbar, wenn damit eine Gefährdung des Kindes verbunden ist.

Trotz dieser Einrichtung von Babyklappen und der Möglichkeit der anonymen Geburt kam es in den letzten Jahren in Deutschland nicht zu einer wesentlichen Reduktion der Fallzahlen bei den Neugeborenentötungen. Anfang der 2000er Jahre stiegen die Fälle – wenn man bei diesen relativ kleinen Zahlen einen Trend angeben wollte – sogar an. Die bis 2014 aus Medienauswertungen vorliegenden Zahlen (andere gibt es nicht) schwanken zwischen 14 (im Jahr 2010) und 32 (im Jahr 2006) (Quelle: terre des hommes, ▪ Tab. 15.3). Auch gibt es keine verlässlichen Daten zu der Frage, in welchem Umfang Vernachlässigungen, Misshandlungen und Tötungen von Kindern durch Abgabe des Säuglings unmittelbar nach der Geburt tatsächlich verhindert werden könnten.

Der Anstieg der Zahlen bei den Babyklappen bzw. bei anonymen Geburten unterstützt daher das Argument, dass mit dem Angebot auch die Nachfrage gestiegen ist. Zugleich kommt der Schutz der Anonymität auch Tätern zugute, kann doch auf diesem Wege eine Straftat verdeckt werden: Vergewaltiger können die Gelegenheit nutzen und auf eine anonyme »Entsorgung« der Folgen ihrer Tat

Tab. 15.3 Zahl der tot bzw. ausgesetzt-lebend aufgefundenen Neugeborenen in Deutschland 2006 bis 2014 – ohne Anspruch auf Vollständigkeit (Quelle: terres des hommes)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Tot aufgefundene Neugeborene	32	26	29	24	14	16	24[a] 27[b]	21	16
Lebend aufgefundene Neugeborene	6	10	8	12	2	9	10	9	7
Unklare Fälle			1			1	1	1	

[a] Zahl der Neugeborenen, die unmittelbar nach der Geburt getötet wurden
[b] Im Jahr 2012 wurden drei Fälle registriert, bei denen die Tötung 30 Tage nach der Geburt erfolgte

drängen. Als weiteres gewichtiges Argument wird von Kritikern der Babyklappe angeführt, dass dem Kind später jegliche Möglichkeit genommen ist, die eigene Herkunft zu erfahren.

Als Gründe für das Verbringen des Säuglings in eine Babyklappe wurden in einer Studie der Bundesregierung genannt: Vermeidung von Auseinandersetzungen und Erklärungen, illegaler Aufenthaltsstatus, Furcht vor ausländerrechtlichen Maßnahmen, Schwangerschaft solle nicht bekannt werden, verheiratete Mütter, die nicht vom Ehemann schwanger geworden seien, und gewalttätige (Ex-)Partner.

Aus juristischer Sicht gilt im Hinblick auf die ihr Baby über eine Babyklappe abgebende Mutter:

Gegen eine so handelnde (ihr Kind in eine Babyklappe weggebende) Mutter besteht der strafrechtliche Anfangsverdacht der Unterhaltspflichtverletzung (§ 170 Abs. 1 StGB) und der Personenstandsfälschung (§ 169 Abs. 1, § 13 StGB i. V. m. §§ 16, 17 Abs. 1 Nr. 5 PStG). Die Staatsanwaltschaft muss also nach dem Legalitätsprinzip pflichtgemäß ein Ermittlungsverfahren gegen die unbekannte Mutter einleiten (Stellungnahme des hessischen Landesjustizministeriums im Jahr 2002).

Bereits im Jahre 2004 gab es in Deutschland einen Gesetzentwurf (Geburtsberatungsgesetz) zur vertraulichen bzw. anonymen Geburt; allerdings wurde schon dessen Notwendigkeit stark bezweifelt, der Entwurf selbst heftig kritisiert. Argumentiert wurde, es gäbe jährlich nach der Geburt ausgesetzte Neugeborene (ca. 20–25), die aufgrund der Aussetzung sterben würden. Diese Aussage darf bezweifelt werden; verlässliche Angaben hierzu existieren nicht.

2009 hat der Deutsche Ethikrat eine umfassende Stellungnahme vorgelegt (abrufbar als *.pdf-Datei), die Babyklappen explizit nicht empfiehlt. Das Deutsche Jugendinstitut hat 2011 eine Studie veröffentlicht (ebenfalls als *.pdf-Datei abrufbar), bei der die Ergebnisse einer Studie zu diesem Thema zusammengefasst werden. Um aus dieser Studie nur einen kritischen Aspekt aufzugreifen: Es gab deutliche Unterschiede bei den Angaben zu den betroffenen Kindern auf Seiten der Anbieter der Babyklappen und der betroffenen Jugendämter. Teilweise dürfen die Babyklappenbetreiber offenbar selber als Adoptionsvermittler auftreten. Diese Vermischung von Aufgaben ist unter dem Aspekt eines Interessenkonfliktes nicht akzeptabel.

Mittlerweile ist das »Gesetz zum Ausbau der Hilfen für Schwangere und zur Regelung der vertraulichen Geburt« am 01. Mai 2014 in Kraft getreten, nicht zuletzt basierend auf einer Studie des Deutschen Jugendinstituts zur Problematik »Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland«. Während bei der anonymen Geburt keinerlei Daten der Mutter dokumentiert werden, bietet die vertrauliche bzw. geheime Geburt die Möglichkeit der Entbindung in einem Krankenhaus oder als Hausgeburt und damit medizinische Betreuung und die Zusicherung der Vertraulichkeit der mütterlichen Daten. In solchen Fällen entfällt die Pflicht zur Angabe des Namens der Mutter (§ 21 Abs. 1 Nr. 1 PStG) bei der Meldung der Geburt des Kindes in-

nerhalb einer Woche nach Entbindung (§ 18 PStG) gegenüber dem zuständigen Standesamt. Die Beratung zur vertraulichen Geburt und die Begleitung der Schwangeren soll durch Beratungsstellen nach den §§ 3, 8 Schwangerschaftskonfliktgesetz (SchKG) erfolgen. Die Schwangere muss lediglich ihrer Beraterin die eigenen Daten verraten, die Beraterin ist zur Geheimhaltung verpflichtet. Die Daten sollen sofort versiegelt und danach beim Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben sicher aufbewahrt werden. Wird das Kind zur Adoption freigegeben, so kann es ab dem 16. Lebensjahr die eigene Herkunft erfragen. Die Mutter selbst kann bereits nach 15 Jahren eigene Belange gegen die Offenbarung ihrer Identität geltend machen. In einem solchen Fall müsste das Kind einen Antrag auf gerichtliche Entscheidung stellen. In einem solchen Gerichtsverfahren würde die Mutter weiterhin anonym bleiben und durch einen sog. Verfahrensstandschafter vertreten.

Eine Rücknahme des Kindes durch die Mutter ist möglich, wenn diese ihre Anonymität aufgibt, ihre Mutterschaft feststeht, der Verzicht auf eine Adoption dem Kind nicht schadet und das Wohl des Kindes durch die Rücknahme nicht gefährdet wird. Eine solche Kindesrücknahme ist jedoch nur möglich bis zum Beschluss des Gerichtes über die Annahme des Kindes durch Adoptiveltern, was in der Regel erst nach mehr als 12 Monaten der Fall ist.

Die gesetzliche Regelung der vertraulichen Geburt geht nicht einher mit einem Verbot von Babyklappen und auch eine anonyme Geburt wird nicht explizit verboten. Die Auswirkungen des Gesetzes sollen evaluiert werden. Nach Vorliegen der Ergebnisse sollen ggf. Entscheidungen zu den weiterhin bestehenden Angeboten (Babyklappe, anonyme Geburt) getroffen werden.

15.2 Tötung von Säuglingen

Bei der Tötung von Säuglingen spielt die strafrechtliche Unterscheidung zwischen Totschlag und Mord eine besondere Rolle. Ein Mord liegt nur vor, wenn eines der im Strafgesetzbuch in § 211 StGB beschriebenen Mordmerkmale gegeben ist. Zu diesen Mordmerkmalen gehört u. a. die heimtückische Begehensweise.

15.2.1 Heimtücke als Mordmerkmal bei der Tötung von Säuglingen

Bekannt geworden ist der sog. Babybrei-Fall:

Eine zur Tatzeit 19-jährige Mutter tötete ihren 3 Wochen alt gewordenen Säugling, indem sie ein Schlafmittel wegen dessen bitteren Eigengeschmacks in den Babybrei mischte. In diesem Fall diskutierte der BGH das Heimtückemerkmal und entschied, einem ganz kleinen Kind gegenüber könne sich der Täter in der Regel nicht heimtückisch verhalten, weil es nicht fähig sei, anderen Vertrauen entgegen zu bringen. Aber: Wer ein Schlafmittel in die Nahrung eines solchen Kindes mische, handele heimtückisch, wenn er es tue, weil das Kind anderenfalls das Mittel seines Geschmacks wegen nicht zu sich nehmen würde (BGH, Urt. v. 07.06.1955 – 5 StR 104/55 – BGHSt 8,216 = NJW 1955, 1524; sog. Babybrei-Fall).

Für das Heimtückemerkmal wird in der Literatur häufig ein besonderer Vertrauensbruch gefordert, der in der Ausnutzung eines bestehenden Vertrauensverhältnisses oder im Missbrauch entgegengebrachten Vertrauens liegen kann. Der BGH hat es in ständiger Rechtsprechung abgelehnt, die Tötung eines sehr kleinen Kindes, das infolge seiner natürlichen Arg- und Wehrlosigkeit gegen einen Angriff auf sein Leben nichts unternehmen kann, als heimtückisch anzusehen, weil seine Wahrnehmungsfähigkeit noch nicht ausgebildet und es deshalb noch nicht fähig sei, anderen Vertrauen entgegen zu bringen (BGHSt 3, 332; 4, 11). Die Rechtsprechung geht davon aus, dass der Begriff der Heimtücke auf etwas Heimliches hindeutet, man eine böse Absicht aber nur vor jemandem verheimlichen kann, der an sich in der Lage ist, diese Absicht wahrzunehmen (BGHSt 8, 216, 218).

Diese Wahrnehmung, die Merkmal der Arg- und Wehrlosigkeit sein soll, fehlt aber nicht nur sehr kleinen Kindern, sondern auch allen Schlafenden, von denen der BGH später sagte, dass »die Tötung eines Schlafenden das geradezu klassische Beispiel der Heimtücke« und deshalb Mord sei (BGHSt 23, 119, 121). Später formulierte der BGH dann:

> Heimtücke ist auch bei der Tötung eines Kleinstkindes möglich, das infolge seiner natürlichen Arg- und Wehrlosigkeit gegen einen Angriff auf sein Leben nichts unternehmen kann. Wer ein zur Tötung geeignetes Mittel oder das, was er dafür hält, der Nahrung eines solchen Kindes beimischt und diesem davon zu essen gibt, handelt dann heimtückisch, wenn er es tut, weil das Kind andernfalls das Mittel wegen dessen Geschmacks nicht nehmen, sondern ausspeien würde. Er schaltet so durch heimliches Verhalten den natürlichen Abwehrinstinkt des Kindes aus. (BGH MDR 1973, 901)

Weitere Lösungsansätze des BGH zur Klärung der Heimtückeproblematik sind bis heute umstritten, man wird aber neben Schlafenden und Bewusstlosen insbesondere Säuglinge und Kleinkinder jedenfalls zu den »konstitutionell« Wehrlosen zählen dürfen und in jedem Fall eine Prüfung des Mordmerkmals »Heimtücke« verlangen.

Literatur

Adelson L (1963) Homicide by Starvation: the nutritional variant of battered child. JAMA 186: 458–460

American Academy of Pediatrics (AAP) (2006, 2013) Hymel K and the Committee on Child Abuse and Neglect. Distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities. Pediatrics: 118: 421–427. http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/421

American Academy of Pediatrics (2010, 2014) Christian CW, Sege RD, Committee on Child Abuse and Neglect, Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention and Council on Community Pediatrics. Child Fatality Review. Pediatrics 126: 592–596. www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2010-2006

Andrew T, Greenbaum J (2009) Pathology of fatal abuse. In: Reece RM, Christian CW (eds) Child abuse: Medical diagnosis and management, 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, pp 637–710

Banaschak S, Schmidt P, Madea B (2003) Smothering of children older than 1 year of age – diagnostic significance of morphological findings. Forens Sci Int 134: 163–168

Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT (1996) Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 35: 1174–1182

Bohnert M, Große-Perdekamp M, Pollak S (2004) Three subsequent infanticides covered up as SIDS. International Journal of Legal Medicine 119: 31–34

Cavanagh K, Emerson Dobash R, Dobash RP (2007) The murder of children by fathers in the context of child abuse. Child Abuse & Neglect 31: 731–746

Dettmeyer R (2004) Plötzlicher Kindstod. Shaker-Verlag, Aachen

Dettmeyer R (2011) Forensic Histopathology. Springer, Heidelberg

Dettmeyer R, Schütz H, Verhoff MA (2014) Rechtsmedizin. Springer, Heidelberg, 2. Aufl., S. 145–150

Dettmeyer R, Verhoff MA, Schütz H (2014) Infanticide and Neonaticide. In: Forensic Medicine. Springer, Heidelberg, pp 321–335

Dölling D (2009) Die Kindestötung unter strafrechtlichen Aspekten. Forens Psychiat Psychol Kriminol 3: 32–36

Friedman SH, Resnick PJ (2009) Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. International Journal of Law and Psychiatry 32: 43–47

Gill JR, Morotti RA, Tranchida V, Morhaime J, Mena H (2008) Delayed homicides due to infant injury initially reported as natural (cerebral palsy) deaths. Pediatr Dev Pathol 11: 39–45

Häßler F (2014) Kindstötungen – wie lässt sich das erklären? Kriminalistik 4: 203–207

Häßler F, Zamorski H, Weirich S (2007) Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen plötzlichem Säuglingstod (SIDS), Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP) mit tödlichem Ausgang und Infantizid. Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother 35: 237–246

Häßler F, Schepker R, Schläfke D (Hrsg.) (2008) Kindstod und Kindstötung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MMV), Berlin

Höynck T, Zähringer U, Behnsen M (2011) Neonatizid. Expertise im Rahmen des Projekts »Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland – Fallzahlen, Angebote, Kontexte«. Deutsches Jugendinstitut (www.dji.de); abrufbar als *.pdf

Höynck T, Behnsen M, Zähringer U (2015) Tötungsdelikte an Kindern unter 6 Jahren in Deutschland. Eine kriminologische Untersuchung anhand von Strafverfahrensakten (1997–2006). Springer VS, Wiesbaden

Janssen W (1977) Histologische Befunde bei Hunger-Schäden. In: Janssen W (Hrsg.) Forensische Histologie, Schmidt-Römhild-Verlag, Lübeck 1977, S. 327–333

Jenny C, Isaac R (2006) The relation between child death and child maltreatment. Arch Dis Child 91: 265–269

Kellogg ND, Lukefahr JL (2005) Criminally prosecuted cases of child starvation. Pediatrics 116: 1309–1316

Klier CM, Grylli C, Amon S, Fiala C, Weizmann-Henelius G, Pruitt SL, Putkonen H (2012) Is the introduction of anonymous delivery associated with a reduction of high neonaticide rates in Austria? A retrospective study. BJOG 2012; DOI: 10.1111/1471-0528.12099

Marneros A (2003) Schlaf gut, mein Schatz. Eltern, die ihre Kinder töten. Scherz-Verlag, Bern

Nagao M, Maeno Y, Koyama H, Seko-Nakamura Y, Monma-Othtaki J, Iwasa M, Zhe LX, Kawashima N, Yano T (2004) Estimation of caloric deficit in a fatal case of starvation resulting from child neglect. J Forens Sci 49: 1073–1076

Navarro B, Urban R (2004) »Overkill« im Rahmen einer Neugeborenentötung. Arch Kriminol 213: 129–137
Neuheuser S (2005) Strafrechtliche Bewertung sogenannter Babyklappen in der Praxis. Kriminalistik, S. 738–741
Noeker M, Keller KM (2002) Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. Monatsschr Kinderheilkd 150: 1357–1369
Oehmichen M, Gerling I, Meissner C (2000) Petechiae of the baby's skin as differentiation symptom of infanticide versus SIDS. J Forensic Sciences 45: 602–607
Palusci V, Covington TM (2013) Child maltreatment deaths in the U.S. National Child Death Review Case Reporting System. Child Abuse Negl 38: 25-36. http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.014
Pollanen MS, Smith CR, Chiasson DA, Cairns JT, Young J (2002) Fatal child abuse-maltreatment syndrome. A retrospective study in Ontario, Canada, 1990–1995. Forens Sci Int 126: 101–104
Piercecchi-Marti MD, Louis-Borrione C, Bartoli C, Sanvoisin A, Panuel M, Pelissier-Alicot AL, Leonetti G (2006) Malnutrition, a rare form of child abuse: diagnostic criteria. J Forens Sci 51: 670–673
Franz Resch, Michael Kaess, Paul L.Plener, Jörg M. Fegert. Suizidales Verhalten. In: Fegert JM, Eggers C, Resch F (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Springer-Verlag Heidelberg 2012, S. 959–970
Schlotz N, Louda J, Marneros A, Rohde A (2009) Von der verdrängten Schwangerschaft bis zur Kindstötung. Relevante Aspekte für Gynäkologen. Gynäkologe 8: 614–618
Schmidt P, Dettmeyer R, Madea B (1998) Suizide von Kindern und Jugendlichen. Arch Krim 202: 1–7
Schulte B, Rothschild MA, Vennemann M, Banaschak S (2013) Examination of (suspected) neonaticides in Germany: a critical report on a comparative study. Int J Leg Med 127: 621–625
Southall DP, Stebbens VA, Rees SV, Lang MH, Warner JO, Shinebourne EA (1987) Apnoeic episodes induced by smothering: two cases identified by covert video surveillance. British Medical Journal (BMJ) 294: 1637–1641
Swientek C (2004) Anonymisierung von Müttern und Kindern durch Babyklappe und anonyme Geburt. Hebammenforum, S. 662–664
Thomsen H, Bauermeister M, Wille R (1992) Zur Kindestötung unter der Geburt. Eine Verbundstudie über die Jahre 1980–1989. Rechtsmedizin 2: 135–142
Vennemann B, Große Perdekamp M, Weinmann W, Faller-Marquardt M, Pollak S, Brandis M (2006) A case of Munchhausen syndrome by proxy with subsequent suicide of the mother. Forens Sci Int 158: 195–199
Vennemann B, Bajanowski T, Karger B, Pfeiffer H, Köhler H, Brinkmann B (2005) Suffocation and poisoning – the hard hitting side of Munchhausen syndrome by proxy. Int J Leg Med 119: 98–102
Verhoff MA, Schütz H, Heidorn F, Risse M, Dettmeyer R, Bajanowski T (2007) Rechtsmedizinische Obduktion von Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern – Asservierung für Histologie, forensische Toxikologie, DNA-Analyse und Entomologie. Rechtsmedizin 17: 95–102
Waterlow JC (1973) Note on the assessment and classification of protein-energy-malnutrition in children. The Lancet: 87–89

Tötung von Kindern

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_16, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

16.1 Tötungsdelikte im Kindesalter

Die Tötungsdelikte an Kindern jenseits des Säuglingsalters können unterteilt werden in

- akute Taten mit Tötung durch verschiedene Formen der Gewalt (grobe stumpfe Gewalt, scharfe Gewalt, Ersticken, Ertränken, Verbrühen/Verbrennen) und
- Tötung als Folge einer körperlichen Vernachlässigung, insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern (▶ Kap. 14.1).

Kindstötung als akutes Geschehen

Bei plötzlichen und unerwarteten Todesfällen von Kindern findet sich nicht selten eine den Todeseintritt in keinster Weise erklärende Vorgeschichte mit allenfalls banalen Symptomen bzw. Erkrankungen. Bei dann zusätzlich völlig unauffälligem Befund anlässlich der vorgeschriebenen äußeren Leichenschau ist die medizinische Todesursache vollkommen ungeklärt, und entsprechend ist auch die Todesart in der Todesbescheinigung bzw. im Leichenschauschein als »ungeklärt« anzugeben. Nur dann können weitere Ermittlungen zur Klärung des Todesfalles erfolgen. Wird der Tod fälschlicherweise als »natürlich« klassifiziert oder vorschnell dem plötzlichen Kindstod zugeordnet (als natürlicher Todesfall), dann kann ohne weitere Klärung die Erdbestattung erfolgen.

Bei Tötungsdelikten an Kindern stehen, wenn vorhanden, die Befunde korrespondierend zum jeweiligen akuten Geschehen im Vordergrund, also die Folgen der stumpfen oder (seltener) scharfen Gewalt, thermische Verletzungen, Ertrinkungs- und Erstickungsbefunde oder auch die Zeichen der Gewalt gegen den Hals. Gerade bei der tödlichen Kindesmisshandlung ist häufig der Kopf betroffen.

Rekonstruktiv von besonderer Bedeutung sind Verletzungsbefunde, wie sie bei aktiver oder passiver Gegenwehr des Kindes entstehen. Auch wenn eine Beeinträchtigung der Fähigkeit zur Gegenwehr durch Alkohol, Drogen und/oder Medikamente ausgeschlossen sein kann, so korrelieren Befunde einer Gegenwehr mit dem Alter des kindlichen Opfers. Bei Säuglingen und Kleinkindern sind – je nach Art der einwirkenden Gewalt – seltener bis nie Spuren einer Gegenwehr zu finden. Problematisch sind hier einerseits die Abgrenzung des Ertrinkens vom Ertränken und andererseits auch wieder das akzidentelle oder nicht-akzidentelle Ersticken durch weiche Bedeckung.

Beim Ertränken können die Gesamtumstände und die autoptisch nachgewiesenen Ertrinkungsbefunde (sog. Emphysema aquosum, wässrige Flüssigkeit im Magen, in den Keilbeinhöhlen etc.) fälschlicherweise zu der Annahme eines Unfallgeschehens führen. Beim Ersticken durch weiche Bedeckung kann es sich um ein sehr spurenarmes bis spurenfreies Tötungsdelikt handeln, allerdings werden relativ diskrete Verletzungen beschrieben: feine Einrisse der Haut bzw. Schleimhaut in den Mundwinkeln, rotbräunliche Vertrocknungen in Umgebung der Atemöffnungen, also z. B. der Nasenlöcher oder auch der Haut der Nasenflügel. Selbst wenige diskrete petechiale Einblutungen in der Haut der Augenlider, in den Lidbindehäuten, in der Schleimhaut des Mundvorhofes sowie in der Gesichtshaut sollten misstrauisch machen, denn Petechien in diesen Lokalisationen finden sich z. B. beim sog. plötzlichen Kindstod nur sehr selten.

Die spezifischen Verletzungs- bzw. Obduktionsbefunde je nach Tötungsart sind in den einschlägigen Lehrbüchern für Rechtsmedizin dargelegt, ergeben sich aber teilweise auch aus den in ▶ Kap. 2–6 behandelten Formen der Kindesmisshandlung. Neben dem erwähnten Ersticken durch weiche Bedeckung ist ein tödliches Knebeln denkbar mit Einbringen von Knebelungsmaterial bis in die hintere Mundhöhle und nachfolgendem Erstickungstod.

> **Bei der ärztlichen Leichenschau sind trotz tödlicher Kindesmisshandlung nicht zwingend äußerlich sichtbare Verletzungsbefunde zu erwarten. Bei nicht absolut eindeutiger natürlicher Todesursache muss der Leichenschauarzt daher in jedem Fall einen unklaren Tod attestieren und die Polizei informieren.**

Bei Todesfällen älterer Kinder ist auf alle Formen denkbarer tödlicher Gewalteinwirkung wie bei Erwachsenen zu achten, insbesondere auf Folgen der stumpfen Gewalt, z. B. Schläge von vorne gegen den Oberbauch mit Verletzungen der Leber, des Weichteilgewebes um das Duodenum und Verletzungen des Kopfes der Bauchspeicheldrüse. In solchen Fällen finden sich, insbesondere wenn die Gewalt gegen den bekleideten Oberbauch erfolgte, unter Um-

ständen bei der äußeren Leichenschau keinerlei auffällige Verletzungsbefunde, allenfalls als Ausdruck eines Verblutens nach innen blasse Totenflecke von geringer Ausdehnung und Intensität.

16.2 Suizide im Kindesalter

Im Einzelfall muss daran gedacht werden, dass ein Kind durch die Misshandlung und/oder den sexuellen Missbrauch in den Suizid getrieben wurde, wenngleich Suizide im Kindesalter (< 14 Jahre) sehr selten sind. Kinder, die einen sexuellen Missbrauch erlebt haben, weisen später ein 3- bis 4-fach erhöhtes Suizidrisiko auf. Suizide von Kindern sind dennoch häufig ohne belegbaren Bezug zu einer konkreten Misshandlung oder einem sexuellen Missbrauch. Suizidalität ist ein Symptom und wird nicht als eigenständige psychiatrische Störung klassifiziert; die häufigsten psychiatrischen Störungen mit erhöhter Suizidalität sind Anpassungsstörungen und depressive Störungen, zum Teil in Kombination mit Störungen des Sozialverhaltens. Weiterhin treten sie auf bei Persönlichkeitsstörungen, insbesondere Borderline-Störungen und Substanzmissbrauch (Resch et al. 2012).

Risikofaktoren u. a. sind Vernachlässigung und Misshandlung in der Kindheit, Fehlen von familiärer Unterstützung und dysfunktionale konfliktbesetzte familiäre Verhältnisse. Häufig sind die erwachsenen Bezugspersonen (Eltern) selbst psychisch instabil und nicht in der Lage, dem Kind bei der individuellen Krisenbewältigung stützend zur Seite zu stehen.

Suizide von Kindern vor dem 10. Lebensjahr sind extrem selten, in Deutschland kommen ca. 20 Suizide pro Jahr in der Altersgruppe zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr vor. Bei den 15- bis 19-Jährigen ist der Suizid hingegen häufiger (ca. 170 Fälle pro Jahr) und ist in dieser Altersgruppe die zweithäufigste Todesursache. Auch wenn Suizidalität insbesondere bei Anpassungsstörungen sehr viel häufiger beobachtet wird, sollten Hinweise ernstgenommen werden und frühzeitig präventive und therapeutische Maßnahmen ergriffen werden. Eine fachkompetente Exploration des Jugendlichen hinsichtlich der Hintergrundfaktoren und begleitender psychischer Störungen sowie Beratung der Familie, Lehrer und anderer Erwachsener ist in jedem Fall angezeigt.

Reale oder in den sozialen Netzwerken fiktive Suizide und Parasuizide können Nachahmungseffekte auslösen, sodass Jugendliche im Umfeld eines Suizids gut betreut werden sollten.

Literatur

Adelson L (1963) Homicide by Starvation: the nutritional variant of battered child. JAMA 186: 458–460
American Academy of Pediatrics (AAP) (2006, 2013) Hymel K and the Committee on Child Abuse and Neglect. Distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities. Pediatrics: 118: 421–427. http://pediatrics.aappublications.org/content/118/1/421
American Academy of Pediatrics (2010, 2014) Christian CW, Sege RD, Committee on Child Abuse and Neglect, Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention and Council on Community Pediatrics. Child Fatality Review. Pediatrics 126: 592–596. http://pediatrics.aappublications.org/content/126/3/592
Andrew T, Greenbaum J (2009) Pathology of fatal abuse. In: Reece RM, Christian CW (eds) Child abuse: Medical diagnosis and management, 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, pp 637–710
Banaschak S, Schmidt P, Madea B (2003) Smothering of children older than 1 year of age – diagnostic significance of morphological findings. Forens Sci Int 134: 163–168
Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT (1996) Risk factors for serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiat 35: 1174–1182
Bohnert M, Große-Perdekamp M, Pollak S (2004) Three subsequent infanticides covered up as SIDS. International Journal of Legal Medicine 119: 31–34
Cavanagh K, Emerson Dobash R, Dobash RP (2007) The murder of children by fathers in the context of child abuse. Child Abuse & Neglect 31: 731–746
Dettmeyer R (2004) Plötzlicher Kindstod. Shaker-Verlag, Aachen
Dettmeyer R, Schütz H, Verhoff MA (2014) Rechtsmedizin. Springer, Heidelberg, 2. Aufl., S. 145–150
Dettmeyer R, Verhoff MA, Schütz H (2014) Infanticide and Neonaticide. In: Forensic Medicine. Springer, Heidelberg, pp 321–335
Dölling D (2009) Die Kindestötung unter strafrechtlichen Aspekten. Forens Psychiat Psychol Kriminol 3: 32–36
Friedman SH, Resnick PJ (2009) Neonaticide: Phenomenology and considerations for prevention. International Journal of Law and Psychiatry 32: 43–47
Gill JR, Morotti RA, Tranchida V, Morhaime J, Mena H (2008) Delayed homicides due to infant injury initially reported as natural (cerebral palsy) deaths. Pediatr Dev Pathol 11: 39–45
Häßler F (2014) Kindstötungen – wie lässt sich das erklären? Kriminalistik 4: 203–207

Häßler F, Zamorski H, Weirich S (2007) Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen plötzlichem Säuglingstod (SIDS), Münchhausen-Syndrom by proxy (MSBP) mit tödlichem Ausgang und Infantizid. Z Kinder-Jugendpsychiatr Psychother 35: 237–246

Häßler F, Schepker R, Schläfke D (Hrsg.) (2008) Kindstod und Kindstötung. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (MMV), Berlin

Höynck T, Zähringer U, Behnsen M (2011) Neonatizid. Expertise im Rahmen des Projekts »Anonyme Geburt und Babyklappen in Deutschland – Fallzahlen, Angebote, Kontexte«. Deutsches Jugendinstitut (www.dji.de); abrufbar als *.pdf

Höynck T, Behnsen M, Zähringer U (2015) Tötungsdelikte an Kindern unter 6 Jahren in Deutschland. Eine kriminologische Untersuchung anhand von Strafverfahrensakten (1997–2006). Springer VS, Wiesbaden

Janssen W (1977) Histologische Befunde bei Hunger-Schäden. In: Janssen W (Hrsg.) Forensische Histologie, Schmidt-Römhild-Verlag, Lübeck 1977, S. 327–333

Jenny C, Isaac R (2006) The relation between child death and child maltreatment. Arch Dis Child 91: 265–269

Kellogg ND, Lukefahr JL (2005) Criminally prosecuted cases of child starvation. Pediatrics 116: 1309–1316

Klier CM, Grylli C, Amon S, Fiala C, Weizmann-Henelius G, Pruitt SL, Putkonen H (2012) Is the introduction of anonymous delivery associated with a reduction of high neonaticide rates in Austria? A retrospective study. BJOG 2012; DOI: 10.1111/1471-0528.12099

Marneros A (2003) Schlaf gut, mein Schatz. Eltern, die ihre Kinder töten. Scherz-Verlag, Bern

Nagao M, Maeno Y, Koyama H, Seko-Nakamura Y, Monma-Othtaki J, Iwasa M, Zhe LX, Kawashima N, Yano T (2004) Estimation of caloric deficit in a fatal case of starvation resulting from child neglect. J Forens Sci 49: 1073–1076

Navarro B, Urban R (2004) »Overkill« im Rahmen einer Neugeborenentötung. Arch Kriminol 213: 129–137

Neuheuser S (2005) Strafrechtliche Bewertung sogenannter Babyklappen in der Praxis. Kriminalistik, S. 738–741

Noeker M, Keller KM (2002) Münchhausen-by-proxy-Syndrom als Kindesmisshandlung. Monatsschr Kinderheilkd 150: 1357–1369

Oehmichen M, Gerling I, Meissner C (2000) Petechiae of the baby's skin as differentiation symptom of infanticide versus SIDS. J Forensic Sciences 45: 602–607

Palusci V, Covington TM (2013) Child maltreatment deaths in the U.S. National Child Death Review Case Reporting System. Child Abuse Negl 38: 25-36. http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.08.014

Pollanen MS, Smith CR, Chiasson DA, Cairns JT, Young J (2002) Fatal child abuse-maltreatment syndrome. A retrospective study in Ontario, Canada, 1990–1995. Forens Sci Int 126: 101–104

Piercecchi-Marti MD, Louis-Borrione C, Bartoli C, Sanvoisin A, Panuel M, Pelissier-Alicot AL, Leonetti G (2006) Malnutrition, a rare form of child abuse: diagnostic criteria. J Forens Sci 51: 670–673

Resch F, Kaess M, Plener PL, Fegert JM (2012) Suizidales Verhalten. In: Fegert JM, Eggers C, Resch F (Hrsg.) Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Springer-Verlag Heidelberg, S. 959–970

Schlotz N, Louda J, Marneros A, Rohde A (2009) Von der verdrängten Schwangerschaft bis zur Kindstötung. Relevante Aspekte für Gynäkologen. Gynäkologe 8: 614–618

Schmidt P, Dettmeyer R, Madea B (1998) Suizide von Kindern und Jugendlichen. Arch Krim 202: 1–7

Schulte B, Rothschild MA, Vennemann M, Banaschak S (2013) Examination of (suspected) neonaticides in Germany: a critical report on a comparative study. Int J Leg Med 127: 621–625

Southall DP, Stebbens VA, Rees SV, Lang MH, Warner JO, Shinebourne EA (1987) Apnoeic episodes induced by smothering: two cases identified by covert video surveillance. British Medical Journal (BMJ) 294: 1637–1641

Swientek C (2004) Anonymisierung von Müttern und Kindern durch Babyklappe und anonyme Geburt. Hebammenforum, S. 662–664

Thomsen H, Bauermeister M, Wille R (1992) Zur Kindestötung unter der Geburt. Eine Verbundstudie über die Jahre 1980–1989. Rechtsmedizin 2: 135–142

Vennemann B, Große Perdekamp M, Weinmann W, Faller-Marquardt M, Pollak S, Brandis M (2006) A case of Munchhausen syndrome by proxy with subsequent suicide of the mother. Forens Sci Int 158: 195–199

Vennemann B, Bajanowski T, Karger B, Pfeiffer H, Köhler H, Brinkmann B (2005) Suffocation and poisoning – the hard hitting side of Munchhausen syndrome by proxy. Int J Leg Med 119: 98–102

Verhoff MA, Schütz H, Heidorn F, Risse M, Dettmeyer R, Bajanowski T (2007) Rechtsmedizinische Obduktion von Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern – Asservierung für Histologie, forensische Toxikologie, DNA-Analyse und Entomologie. Rechtsmedizin 17: 95–102

Waterlow JC (1973) Note on the assessment and classification of protein-energy-malnutrition in children. The Lancet: 87–89

E Beweissicherung und gerichtliche Verfahren

Beweissicherung ohne polizeiliche Hilfe

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_17, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Straftatbestände zum Nachteil von Säuglingen, Kleinkindern und Kindern sowie ein Missbrauch des elterlichen Sorgerechts bzw. die Vernachlässigung elterlicher Pflichten können und sollen zu behördlichen Maßnahmen führen, zur objektiven Klärung der Sachlage und zur Einschätzung der Gefährdung des Kindeswohls (§ 8a SGB VIII).

Soweit Straftatbestände sog. Offizialdelikte sind und den Ermittlungsbehörden bekannt werden, muss die Polizei bzw. Staatsanwaltschaft von sich aus, d. h. auch ohne Strafantrag, tätig werden. Nicht selten werden jedoch (Verdachts-)Fälle von Kindesvernachlässigung, Kindesmisshandlung und/oder Kindesmissbrauch anderen Personen bekannt, u. a. Nachbarn, Freunden, Verwandten, auch Ärzten und deren Mitarbeitern, Lehrern, Erziehern. Soll, aus welchen Gründen auch immer, trotz eines verwirklichten Straftatbestandes die Polizei bzw. Staatsanwaltschaft nicht eingeschaltet werden, so sind nach Möglichkeit alle Beweismittel zu sichern, kommt es doch nicht selten später zu einer Strafanzeige, oder die Ermittlungsbehörden erlangen auf anderem Wege Kenntnis von einer Kindesmisshandlung und/oder einem Kindesmissbrauch und benötigen dann Unterstützung.

Die Sicherung der Beweise hängt häufig zunächst allein vom behandelnden Arzt ab, der auf eine sorgfältige Spurensicherung und Dokumentation achten muss, die später auch den strengen Beweisansprüchen in einem Strafverfahren genügt.

Die Übernahme der ärztlichen Behandlung eines Kindes ist verbunden mit dem konkludenten (unausgesprochen stillschweigenden) Abschluss eines Arzt-Patienten-Vertrages, der in der Regel als Dienstvertrag angesehen wird (§ 611 BGB). Der Arzt verpflichtet sich zu einer Behandlung entsprechend den Regeln der ärztlichen Kunst, nicht jedoch zur Heilung des Patienten. Die Regeln der ärztlichen Kunst verlangen eine sorgfältige Untersuchung und Behandlung des Patienten (§ 276 BGB). Damit verbunden übernimmt der Arzt die sog. Garantenpflicht zur Behandlung des Kindes. Diese Garantenpflicht bedeutet in der Praxis die Übernahme der Verantwortung für die physische wie psychische Gesundheit des Kindes. Bei der Behandlung von Kindern wird – wie auch sonst – eine medizinische Versorgung auf Facharztniveau geschuldet. Dies gilt auch für die (Verdachts-) Diagnose einer Kindesmisshandlung bzw. eines Kindesmissbrauchs. Als der Verdacht einer Kindesmisshandlung »nur« von einem Assistenzarzt diagnostiziert wurde, ohne einen Facharzt heranzuziehen, und sich dieser Verdacht später als unzutreffend erwies, verurteilte das LG München I die Kinderklinik zu Schadensersatz und Schmerzensgeld i. H. v. 10.000,- EUR. Dazu formulierte das Gericht (Urt. v. 07.01.2009 – 9 O 20622/06):

> Die Mitarbeiter der Beklagten haben die Diagnose »Verdacht auf Kindesmisshandlung« unter Verstoß gegen die ärztliche Sorgfalt gestellt. Der Facharztstandard wurde nicht gewahrt. Es ist nicht ersichtlich, dass das Mädchen während des mehrtägigen Aufenthaltes im Haus der Beklagten von einem Facharzt gesehen wurde.

Ärztliche Tätigkeit umfasst neben der Therapie auch die Erhebung von Befunden zum Beweis für einen bestimmten, zum Untersuchungszeitpunkt gegebenen Zustand. Zugleich werden jedoch auch Angaben zur Vorgeschichte erhoben, die in einem späteren Verfahren ebenfalls von Bedeutung sein können.

Derzeit gibt es beim Umgang mit kindlichen Gewaltopfern einschließlich des sexuellen Missbrauchs kein einheitliches Vorgehen. Werden die Ermittlungsbehörden informiert, dann kann eine polizeilich veranlasste Beweissicherung und Dokumentation erfolgen, die den Beweisanforderungen eines späteren Strafprozesses genügt. Wird dieser Weg nicht beschritten, soll er aber als Option erhalten bleiben, z. B. weil das Opfer möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt doch die Polizei informieren könnte bzw. diese auf anderem Wege Kenntnis von dem Vorfall erlangt, so muss ebenfalls eine den Beweisanforderungen des Strafprozessrechts genügende Befunderhebung und Dokumentation durchgeführt werden. Die diesbezüglichen Empfehlungen zur Befunderhebung und Dokumentation gelten daher sowohl für die Beweissicherung ohne als auch für die Beweissicherung mit polizeilicher Hilfe.

Allerdings ergeben sich beim Verzicht auf Information der Polizei zusätzliche praktische Fragen:

Wo sollen z. B. Abstriche und sonstige Spurenträger (Unterwäsche, Kleidung mit Blutantragungen, evtl. das Tatwerkzeug) aufbewahrt werden und wie lange? Wo wird die erfolgte ärztliche Dokumentation archiviert, und wem wird sie ggf. zur Verfügung gestellt? Allein dem Opfer? Den Sorgeberechtigten? Dem Jugendamt? Soll eine konsiliarische Untersuchung veranlasst werden (Pädiater, Gynäkologe, Rechtsmediziner)?

Zur sog. doppelten Aktenführung bei Verdacht auf Kindesmisshandlung Problematisch und in der medizinrechtlichen Literatur bislang kaum diskutiert ist die Frage, ob der Verdacht auf eine Kindesmisshandlung bzw. einen Kindesmissbrauch jedenfalls dann in einer gesonderten Dokumentation niedergelegt werden soll, wenn gerade die Sorgeberechtigten zugleich auch die Tatverdächtigen sein können. Behandelnde Ärzte sind kraft Garantenstellung dem Wohle des Patienten (dem Kind) verpflichtet, was es allein schon rechtfertigt, Verdachtsmomente gegen die Sorgeberechtigten diesen (zunächst) nicht mitzuteilen, sondern (zunächst) gesondert zu dokumentieren (Extra-Akte). In der Rechtsprechung sind seit Jahren zwei Aspekte anerkannt:

1. Eine Aufklärung des Patienten bzw. der Sorgeberechtigten ist dann entbehrlich, wenn die Aufklärung zu schwerwiegenden gesundheitlichen Störungen, insbesondere auch des psychischen Wohlbefindens, führen kann (BGHZ 29, 176,186). Diese Rechtsprechung zum sog. »therapeutischen Privileg« bezieht sich zwar auf Psychiatriepatienten, aber wenn die Mitteilung von Verdachtsdiagnosen, Befunden, ärztlichen Einschätzungen etc. zu einer Gefährdung des Kindeswohls führen kann (weil z. B. die Sorgeberechtigten dann mit dem Kind sofort die Praxis bzw. Klinik verlassen), dann muss es ebenfalls zulässig sein, die entsprechenden Informationen zunächst separat zu dokumentieren und den Sorgeberechtigten zunächst keinen Einblick in diese separate Dokumentation zu erlauben (analoge Anwendung der Rechtsprechung).
2. Weiterhin ist in der Rechtsprechung anerkannt, dass das Einsichtsrecht des Patienten/der Sorgeberechtigten nicht subjektive Wertungen bzw. Notizen über persönliche Eindrücke und bloße Verdachtsdiagnosen umfasst (BGH VersR 1984, 117; Bundesverfassungsgericht, Beschl. v. 16.09.1998 – 1 BvR 1130/98).

Zwar beziehen sich die Gerichtsentscheidungen auch zu Punkt 2 ebenfalls auf Psychiatriepatienten, aber die Situation ist auch insoweit übertragbar auf Fälle einer möglichen Kindeswohlgefährdung durch die Sorgeberechtigten.

So wollte eine Mutter Einsicht nehmen in die Krankenunterlagen ihrer Tochter. Die Ärzte weigerten sich und führten zur Begründung an, in einzelnen Passagen von Befundberichten würden auch Aussagen getroffen über Zusammenhänge zwischen dem Verhalten der Tochter und zu Problemen der Interaktion zwischen Mutter und Tochter. Die Herausgabe der Krankenunterlagen würde Interessen der minderjährigen Tochter verletzen. Dies wurde vom Gericht akzeptiert (AG Saarbrücken, Urt. v. 04.05.2004 – 42 C 280/03).

Insofern kann es sinnvoll sein, von Anfang an eine separate Akte zu führen mit Informationen, Einschätzungen und Verdachtsdiagnosen, deren Kenntnis durch die Sorgeberechtigten sich nachteilig für das Kind auswirken könnte. Sollte es später z. B. zur Bestellung eines Verfahrensbeistandes kommen, der die Interessen des Kindes auch gegen die Sorgeberechtigten vertreten kann, dann wäre diesem Verfahrensbeistand wohl Einsicht auch in die separate Dokumentation zu gewähren. Entsprechend ist das Einsichtsrecht für Verfahrenspfleger bei Psychiatriepatienten in einigen Unterbringungsgesetzen der Bundesländer gesondert festgelegt (z. B. in § 16 Abs. 3 PsychKG NW).

Schließlich noch ein Aspekt: Es gibt kaum Gerichtsentscheidungen zu der Frage, wann eine ärztliche Aufklärung kontraindiziert ist. Eine Gerichtsentscheidung gibt es aber, und danach muss über bloße Verdachtsdiagnosen, für die es (noch) keine gesicherten Tatsachengrundlagen gibt, nicht aufgeklärt werden (OLG Köln, MedR 1988, 184). Übertragen auf den Kinderschutz wäre also zu konstatieren:

1. Medizinische Tatsachen müssen in den Krankenunterlagen dokumentiert werden, Einsicht ist den Sorgeberechtigten zu gewähren (objektive Befunde, z. B. Hämatome, radiolo-

gische Befunde, Laborbefunde, sonstige Symptome beim Kind).
2. Der bloße Verdacht auf eine Kindesmisshandlung bzw. Kindeswohlgefährdung muss den Sorgeberechtigten nicht mitgeteilt, darf aber separat dokumentiert werden. Bei einer Konkretisierung des Verdachts durch Befundtatsachen muss ohnehin das weitere Prozedere besprochen werden.
3. Bloße subjektive Eindrücke (z. B.: Vater wirkt sehr unruhig, hat Frage nach eigenem Alkoholkonsum eher ausweichend beantwortet, Tonfall der Mutter ist der Situation nicht angemessen, Mutter raucht zu viel, Schwiegermutter tritt sehr dominant auf usw.) müssen nicht mitgeteilt werden, das könnte sich ebenfalls nachteilig für das Kind auswirken.
4. Vertrauliche Informationen (z. B. die Mutter teilt mit, sie habe den Vater doch im Verdacht, dass er geschlagen habe) dürfen auch separat dokumentiert werden; eine Mitteilung an den ebenfalls sorgeberechtigten Vater könnte sich nachteilig für das Kind auswirken und darf daher verweigert werden.
5. Die explizite Frage, ob eine separate Krankenakte geführt wird, darf nicht wahrheitswidrig verneint werden und sollte mit dem Hinweis, da stünden nur vorläufige, persönliche Notizen und noch offene Fragen drin, beantwortet werden.
6. Sollte die Herausgabe der vollständigen, einschließlich der separaten Dokumentation ausdrücklich verlangt werden, muss im Einzelfall geprüft werden, ob dies dem Kind schaden könnte. Hier hat das Kindeswohl Vorrang und im Zweifelsfall kann die Herausgabe verweigert werden, auch wenn man es dann auf eine Klage ankommen lässt (siehe dazu die o. g. Gerichtsentscheidungen).

Noch eine Anmerkung zum Patientenrechtegesetz: Nach seiner gesamten Intention wollte der Gesetzgeber gesetzlich das festschreiben, was ohnehin von den Gerichten bereits akzeptiert wurde (seit Jahren!). Jede Detailfrage kann auch der Gesetzgeber nicht regeln. Liest man die Kommentare zum Patientenrechtegesetz, dann ist Mehrheitsmeinung, dass der Gesetzgeber zwar im Regelfall und grundsätzlich dem Patienten ein Einsichtsrecht in die vollständigen Krankenunterlagen gibt, die Gerichte aber die Regelungen im Sinne der bisherigen Rechtsprechung interpretieren werden. Im Falle des § 630g BGB werden die Gerichte im Streitfall bei separater Dokumentation voraussichtlich auf § 630g Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 verweisen (bleibt aber abzuwarten). Danach ist Einsicht zu gewähren,

> (…) soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Rechte Dritter entgegenstehen. Die Ablehnung der Einsichtnahme ist zu begründen.

Die Ablehnung der Einsichtnahme in die separat geführte Dokumentation lässt sich somit beim V. a. Kindeswohlgefährdung im Regelfall damit begründen, dass im Falle einer Bekanntgabe einerseits die weitere Behandlung des Kindes gefährdet sein kann (»erhebliche therapeutische Gründe«) und/oder anderseits »sonstige erhebliche Rechte Dritter« (hier Rechte des Kindes auf Vermeidung einer Gefährdung seines Wohles) entgegenstehen. Hier sollten seitens der behandelnden Ärzte allgemeine Ausführungen dahingehend ausreichen, dass die Voraussetzungen von § 630g Abs.1 Satz 1 Halbsatz 2 BGB nach ärztlicher Einschätzung vorliegen.

17.1 Befunderhebung (Beschreibung, Entnahme von Abstrichen etc.)

Im Grundsatz gelten für die Befunderhebung bei Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch die gleichen Empfehlungen wie bei der Untersuchung erwachsener Gewaltopfer. Während in anderen Ländern, z. B. den USA, mittlerweile komplette Untersuchungs-Sets (»Rape-Set«) zur Verfügung stehen, verlief diese Entwicklung in Deutschland lange zögerlich. Mittlerweile stehen aber standardisierte Vordrucke zur Dokumentation der Untersuchungsbefunde wie der getroffenen ärztlichen Maßnahmen, die teilweise als medizinisch indiziert anzusehen sind (z. B. Versorgung einer Wunde, Blutentnahme zur Erhebung des Hepatitis- und HIV-Status etc., Abklärung einer Schwangerschaft usw.), zur Verfügung.

Unabhängig davon, ob die Untersuchung im Auftrag einer Behörde erfolgt oder im Rahmen einer

alleinigen medizinischen Versorgung, müssen zur Sicherung der strafprozessualen Verwertbarkeit bei physischen wie psychischen Traumata die wesentlichen Befunde erhoben werden:

- Antragungen biologischer oder sonstiger Spuren an der Kleidung oder am Körper des Opfers.
- Textilgewebsdurchtrennungen (z. B. Knopfabrisse, Knopflocheinrisse, Nahteinrisse).
- Objektiv bestehende Verletzungen nach Art, Lokalisation, Ausdehnung, ungefährem Alter
- Ergänzung der Beschreibung der Befunde durch eine Skizze (▶ Vordrucke; Anhang).
- Wünschenswert: fotografische Dokumentation (zunächst eine Übersichtsaufnahme zur räumlichen Orientierung, danach Detailaufnahmen mit angelegtem Zentimetermaß; Farbaufnahmen gerade bei Hämatomen).
- Unterscheidung der Verletzungen nach stumpfer Gewalt (Schlag, Sturz, Stoß, Druck) mit Riss-/Quetschwunden, Blutunterlaufungen (Hämatomen) und Schürfungen (Verlaufsrichtung von Hautfähnchen?).
- Bei stumpfer Gewalt: Finden sich geformte Konturen, z. B. eines Schlagwerkzeugs, Doppelstriemen, Bissspuren, Schuhprofilabdrücke?
- Bei sog. Platzwunden (Riss-, Quetschwunden) nach stumpfer Gewalt zur Abgrenzung gegenüber scharfer Gewalt: Sind Gewebsbrücken im Wundgrund und/oder in den Wundwinkeln vorhanden?
- Verletzungen nach scharfer bzw. spitzer Gewalt: Unterscheidung von Stich- und Schnittverletzungen (Faustregel: Stich = tiefer als lang; Schnitt = länger als tief); Zahl und Lokalisation sowie Verlaufsrichtung von Schnitten und Stichen mit Breite der Stichverletzung und Länge des Stichkanals im Körper. Vorsicht ist geboten bei Rückschlüssen auf Klingenlänge und Klingenbreite, z. B. eines Messers.
- Konturen bzw. Wundbegrenzungen nach thermischen Verletzungen (Wasserspiegelmarkierungen? Fließspuren von Flüssigkeiten? Konturen von Zigarettenspitzen?).
- Schussverletzungen (extrem selten bei Kindern im Rahmen von Misshandlungen bzw. bei Kindesmissbrauch).
- Narben: Art und Verlaufsrichtung.
- Höhe der Verletzungen oberhalb der Fußsohlenebene.
- Entwicklungsstand des Kindes (Körpergewicht, Körperlänge, motorische Fähigkeiten etc.).
- Entnahme von Abstrichen, insbesondere bei (versuchtem oder vollendetem) Sexualdelikt.
- Angaben des Opfers oder auch Dritter zu einem Tatgeschehen sollen möglichst ohne intensiveres (suggestives) Fragen protokolliert werden, damit später im Zusammenhang mit den dokumentierten Verletzungen auch rekonstruktive Fragen geklärt werden können.
- Bei komplexen Verletzungsmustern: Heranziehung eines erfahrenen Pädiaters oder Rechtsmediziners zur konsiliarischen Untersuchung bzw. Begutachtung.

17.2 Dokumentation und Asservierung

Grundsätzlich ergibt sich die Pflicht zu einer sorgfältigen Dokumentation bereits als vertragliche Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient, aber auch als standesrechtliche Dokumentationspflicht, verankert in der Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte [zuletzt in § 10 der (Muster-)Berufsordnung für die Deutschen Ärztinnen und Ärzte – MBO-Ä, in der Fassung von 2015].

Die oben genannte Befunderhebung einschließlich Anamnese, Verletzungen, asservierter Spuren und ergriffener Maßnahmen soll sorgfältig dokumentiert werden. Neben der kurzen handschriftlichen Dokumentation in der Krankenakte kann dazu ein spezieller Dokumentationsbogen verwendet werden unter Hinzufügung von Skizzen, Abbildungen und Asservaten.

Alle Dokumente müssen beschriftet werden:

- Datum und Uhrzeit der Befunderhebung.
- Name des Opfers und evtl. Begleitpersonen.
- Name der untersuchenden Person(en).
- Befunddokumentation:
  - (hand-)schriftliche Zusammenfassung der mitgeteilten Vorgeschichte sowie des (behaupteten) Tatgeschehens,
  - Anzahl von Fotografien mit näheren Angaben (z. B. »Bissspur an der Vorderseite

der linken Schulter«, »Hämatom im mittleren Drittel der Streckseite des rechten Unterarmes« o. Ä.)
  - Anzahl und Entnahmeort angefertigter Abstriche.
  - Anzahl und Art sonstiger Asservate (z. B. ausgekämmtes Schamhaar, Slip mit Antragungen im Schrittbereich etc.).
- Ergriffene weitere Maßnahmen: radiologische Diagnostik, Labordiagnostik, Verschreiben der sog. »Pille danach«, Überweisung an einen Pädiater, einen Kinder- und Jugendpsychiater etc.
- Umfang der erfolgten Aufklärung des Gewaltopfers bzw. der Sorgeberechtigten bezüglich zukünftig erforderlicher Kontrolluntersuchungen (z. B. Kontrolle des Antikörperstatus Wochen nach der Tat).
- Beratung zur Frage der Einschaltung der Ermittlungsbehörden, wenn dies primär nicht gewünscht wird; dies gilt auch für eine mögliche Information des Jugendamts.
- Wenn vorhanden: Übergabe eines Merkblatts mit Adressen u. a., die Hilfsangebote vermitteln können.

Bei der Asservierung ist zu beachten: Kleidung etc. sollte in Papiertüten trocken gelagert werden, bei feuchter Kleidung erst trocknen, dann offene Tüten verwenden. Asservierte Flüssigkeiten verschlossen und kühl aufbewahren, ggf. auch einfrieren, jedenfalls im Regelfall keine Zusätze hinzugeben. Für Abstriche einen feuchten Wattetupfer verwenden, diesen anschließend trocknen lassen bzw. selbsttrocknende Abstrichsysteme aus forensischem Set benutzen (erst Vulva-, dann Vaginalabstrich). Haare in einer Plastiktüte trocken asservieren, Vergleichshaare entnehmen; durch Auskämmen gewonnene Schamhaare auf dem Kamm belassen. Soweit Fingernägel geschnitten werden, sollte dies getrennt nach Finger der linken Hand und Finger der rechten Hand erfolgen; es gibt auch die Empfehlung, für jeden Fingernagel eine eigene Tüte zu verwenden.

Unbestreitbar kann einerseits der für eine strafprozessuale Verwertbarkeit erforderliche Umfang der Befunderhebung und Dokumentation auch hinsichtlich des Zeitaufwands ganz erheblich sein. Aber:

Die dokumentierten Befunde dienen auch als Grundlage für spätere Auskünfte an das Jugendamt, ein Familiengericht, ein sonstiges Zivilgericht, ein Strafgericht sowie an eine sonstige Behörde oder Organisation im Rahmen der Regelung einer Opferentschädigung.

Schließlich muss daran gedacht werden, dass die Krankenunterlagen der weiteren medizinischen Behandlung des Patienten dienen und dass deren Kenntnis u. U. noch viele Jahre bis Jahrzehnte nach der Tat eine adäquate Therapie erleichtern kann. Letzteres gilt insbesondere für psychische Traumata von Gewaltopfern, die nicht selten erst Jahre später sowohl zu somatischen Beschwerden als auch zu psychiatrischen Krankheitsbildern führen können.

17.3 Grenzen der ärztlichen Schweigepflicht

Grundsätzlich unterliegen alle ärztlichen Feststellungen bzw. die zugehörige Dokumentation der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB). Diese Schweigepflicht darf unter bestimmten Voraussetzungen gebrochen werden, grundsätzlich kommt aber auch eine Beschlagnahme der ärztlichen Unterlagen in Betracht. Dazu bedarf es im Regelfall eines richterlichen Beschlusses auf Antrag der Ermittlungsbehörden (§ 98 StPO).

Die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht ist als unverzichtbarer Bestandteil des Arzt-Patienten-Verhältnisses einerseits vertragliche Pflicht, andererseits sowohl im Strafgesetzbuch (StGB) als auch standesrechtlich in den Berufsordnungen für Ärztinnen und Ärzte verankert. So heißt es in § 203 StGB:

§ 203 StGB [Verletzung von Privatgeheimnissen]

(1) Wer unbefugt ein fremdes Geheimnis, namentlich ein zum persönlichen Lebensbereich gehörendes Geheimnis oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis, offenbart, das ihm als

1. Arzt, Zahnarzt, Apotheker oder Angehörigen eines anderen Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert,

2. …
anvertraut worden oder sonst bekanntgeworden ist, wird mit Freiheitsstrafe bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bestraft.
(2) …
(3) Den in Absatz 1 Genannten stehen ihre berufsmäßig tätigen Gehilfen und die Personen gleich, die bei ihnen zur Vorbereitung auf den Beruf tätig sind …
(4) Die Absätze 1 bis 3 sind auch anzuwenden, wenn der Täter das fremde Geheimnis nach dem Tod des Betroffenen unbefugt offenbart.

Damit sind neben dem Arzt zur Wahrung des Privatgeheimnisses auch verpflichtet
- die berufsmäßigen Gehilfen des Arztes (§ 203 Abs. 3 Satz 1 StGB),
- die zur Berufsvorbereitung beim Arzt tätigen Personen (§ 203 Abs. 3 Satz 1 StGB),
- die Personen der genannten Berufsgruppen, die das Geheimnis nach dem Tode des Patienten erlangt haben (§ 203 Abs. 3 Satz 2 StGB).

Die Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht wird nur auf Antrag verfolgt (§ 205 Abs. 1 StGB). Das bedeutet, dass der als Folge einer Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht »Geschädigte« seinerseits Anzeige erstatten muss gegen den Arzt bzw. die anderen in § 203 StGB genannten Personen. Im Falle einer solchen Anzeige muss dann nachgewiesen werden, dass der Arzt, obwohl er es hätte besser wissen müssen, sich für befugt hielt, die Schweigepflicht zu durchbrechen, obwohl er sie hätte einhalten müssen.

Auch die (Muster-)Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte, der in diesem Punkt die Berufsordnungen aller Landesärztekammern gefolgt sind, schreibt in § 9 MBO-Ä von 2015:

§ 9 (Muster-)Berufsordnung [Schweigepflicht]
(1) Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin oder des Patienten, Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.
(2) Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechtsgutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt den Patienten darüber unterrichten.
(3) Ärztinnen und Ärzte haben ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und die Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.
(4) Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, so sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

Vor jeder Offenbarung von personenbezogenen Patientendaten haben Ärzte sich daher zu fragen:
- Sind die zur Offenbarung vorgesehenen Tatsachen »Geheimnisse« im Sinne des § 203 StGB?
- Wurden diese Geheimnisse im Rahmen eines Arzt-Patienten-Verhältnisses anvertraut?
- Ist im konkreten Fall eine Befugnis zur Offenbarung gegeben?

Da somit rechtfertigungsbedürftig nicht das Schweigen des Arztes ist, sondern die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht, ist im Einzelfall – auch bei Fällen von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch – zu fragen, welcher Rechtfertigungsgrund gegeben ist, um Informationen an Dritte (Eltern, Verwandte, Mitarbeiter des Jugendamtes, Lehrer, Polizei, Staatsanwaltschaft, Gericht, weitere behandelnde Ärzte, anfragende Rechtsanwälte usw.) geben zu können. In Grenzfällen können Ärzte sich von einem Rechtsanwalt beraten lassen, von der zuständigen Ärztekammer oder auch anwaltlichen Rat über einen Berufsverband einholen. Wird nach einer solchen juristischen Beratung später doch festgestellt, die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht sei nicht zulässig gewesen, so kommt eine Bestrafung der Ärzte nicht in Betracht; es handelt sich um einen sog. unvermeidbaren Verbotsirrtum (§ 17 StGB).

Gerade der Regelfall einer zulässigen Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht, die Einwilligung des Patienten, kommt bei Fällen von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch angesichts des Alters der minderjährigen Patienten häufig nicht in Betracht. Gehören die Sorgeberechtigten (Eltern) zum Kreis der Tatverdächtigen, so kommt ein Rückgriff auf die an sich einwilligungsberechtigten Personen ebenfalls nicht in Betracht. Sollte es bei Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht jedoch später zu weiteren Straftaten – Misshandlungen, sexuellem Missbrauch – kommen und erst dann bekannt werden, dass der behandelnde Arzt bereits zuvor die Gefährdungssituation kannte, so sind auch Vorwürfe gegen den Arzt denkbar.

In jedem Fall sollen sowohl die Gründe für die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht als auch die Argumente für deren Durchbrechung sorgfältig dokumentiert werden.

Geht man zunächst von der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) aus, dann kann die ärztliche Schweigepflicht grundsätzlich dann durchbrochen werden, wenn »in der Zukunft Gefahr besteht für ein Rechtsgut von hohem Rang«.

Da nach stattgehabter Kindesmisshandlung bzw. nach sexuellem Missbrauch eines Kindes – bei nicht polizeilich festgestelltem Täter – in der Praxis immer von einer Wiederholungsgefahr ausgegangen werden muss, ist die Schwelle für eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht bei allen Gewalttaten gegen Kinder als sehr niedrig anzusehen.

Problematisch kann die Situation sein, wenn ältere und als einsichtsfähig anzusehende Kinder explizit auf die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht bestehen. Dann sollten folgende Überlegungen angestellt werden:

- Ist der minderjährige Patient intellektuell in der Lage, die anstehende Problematik umfassend zu überblicken (Prüfung der sog. »natürlichen Einsichtsfähigkeit«)?
- Ist seine Entscheidung nachvollziehbar inhaltlich begründet?
- Hat der Minderjährige nicht nur die kurzfristigen, sondern auch die mittel- und langfristigen Folgen seiner Entscheidung bedacht?
- Ergibt sich die Notwendigkeit weiterer Gespräche zur Klärung der Ernsthaftigkeit der Entscheidung des Minderjährigen?

Argumentativ wird zunächst auch weiterhin auf den sog. rechtfertigenden Notstand, § 34 StGB, zurückgegriffen:

§ 34 StGB [Rechtfertigender Notstand]

Wer in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre, Eigentum oder ein anderes Rechtsgut eine Tat begeht, um die Gefahr von sich oder einem anderen abzuwenden, handelt nicht rechtswidrig, wenn bei Abwägung der widerstreitenden Interessen, namentlich der betroffenen Rechtsgüter und des Grades der ihnen drohenden Gefahren, das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegt. Dies gilt jedoch nur, soweit die Tat ein angemessenes Mittel ist, die Gefahr abzuwenden.

Da in Fällen von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch häufig von einer Wiederholungsgefahr, verbunden mit einer sich möglicherweise steigernden Gewaltintensität, und immer auch von einer »Gefahr für Leben, Leib, Freiheit, Ehre …« auszugehen ist, darf die ärztliche Schweigepflicht auch dann gebrochen werden, wenn keine Einwilligung (des Opfers oder seiner Sorgeberechtigten) vorliegt.

Die Gerichte greifen teilweise auch auf den Notwehrparagrafen § 32 StGB zurück und lassen die Durchbrechung der (ärztlichen) Schweigepflicht im Rahmen der sog. Nothilfe (§ 32 Abs. 2 StGB) zu. So befasste sich das LG Berlin mit der Offenbarungsbefugnis bei Hinweisen auf eine Kindesmisshandlung (LG Berlin, Urt. v. 11.05.2012 – Az. 36 O 388/07; KG Hinweisbeschl. v. 19.11.2012 – Az. 20 U 163/12) mit folgendem Ergebnis:

1. *Frontale Hygrome mit frischen subduralen Blutungen sind für ein Schütteltrauma typisch. Bei dieser Befundkonstellation darf der Arzt die Diagnose dem Jugendamt offenbaren und den Verdacht einer Misshandlung mitteilen.*
2. *Der Verdacht eines mehrzeitigen Ereignisses und die Differentialdiagnose mehrfacher Traumata eines Kindes begründen nachvollziehbar den Verdacht einer Misshandlung.*
3. *Auch wenn ein Schädigungsmechanismus einer Kindesmisshandlung nur wahrscheinlich*

ist, darf der Arzt im Wege der Nothilfe dem Jugendamt den (differentialdiagnostischen) Verdacht mitteilen und das weitere Handeln in das Ermessen der Behörde stellen.

4. *Behandelnde Ärzte sind bei unklarem Schädigungsmechanismus und nicht von der Hand zu weisenden Hinweiszeichen auf eine Kindesmisshandlung zu einer Verdachtsmeldung an das Jugendamt befugt. Die anschließende Tätigkeit der Behörde liegt nicht in der Verantwortung der behandelnden Ärzte.*
5. *Das allgemeine Persönlichkeitsrecht der Eltern eines Kindes ist nicht verletzt, wenn eine ärztliche Mitteilung an ein Jugendamt über den Verdacht einer Kindesmisshandlung aus beruflichem Motiv im Rahmen des Heilauftrages an Mitarbeiter des Jugendamtes erfolgt, die ebenfalls zur Verschwiegenheit verpflichtet sind.*

Das LG Berlin ging nicht auf die zum Urteilszeitpunkt bereits bekannten Vorgaben des Bundeskinderschutzgesetzes (siehe unten) ein, welches nunmehr die Befugnis zur Meldung des Verdachts auf Kindesmisshandlung an das Jugendamt regelt.

Eine gesetzliche Verpflichtung zur Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht besteht nicht, denn der Katalog der meldepflichtigen Straftaten – in § 138 StGB (Nichtanzeige geplanter Straftaten) – umfasst nicht eine zukünftig drohende Kindesmisshandlung oder einen zukünftig drohenden Kindesmissbrauch.

Befugt zur Weitergabe von Informationen ist der behandelnde Arzt; ihm obliegt aber auch die Auswahl des Adressaten. Dabei ist abzuwägen, welches Vorgehen im Verhältnis zur gegebenen Situation am ehesten angemessen ist, auch um weitere Belastungen für das minderjährige Opfer in kalkulierbaren Grenzen zu halten. So können informiert werden:

- die Justizbehörden (Polizei und/oder Staatsanwaltschaft),
- das Jugendamt,
- sonstige Personen, die im Einzelfall Hilfe versprechen, also z. B. auch die Großeltern des Opfers oder andere Verwandte,
- private oder z. B. kirchliche Hilfsorganisationen, wenn dies nach den Umständen des Einzelfalls als ausreichend angesehen werden kann,
- spezielle Einzelpersonen (Hausarzt, Patentante, ein Pfarrer, ein Sozialarbeiter).

Grundsätzlich dominiert das Recht auf Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht. Es handelt sich – abgesehen von der Nichtanzeige geplanter Straftaten im Sinne des § 138 StGB – nicht um eine Pflicht zur Offenbarung. Allerdings berechtigen die prognostischen Unsicherheiten im Einzelfall behandelnde Ärzte, sich ggf. Gewissheit zu verschaffen. So kommt etwa die Androhung einer Meldung an das Jugendamt oder die Polizei in Betracht, wenn es Gründe gibt, zunächst von einer Meldung an die Ermittlungsbehörden abzusehen, damit die Sorgeberechtigten z. B. regelmäßige und vom Arzt ausdrücklich verlangte Arztbesuche termingerecht einhalten.

Das Bundeskinderschutzgesetz Mit dem am 01. Januar 2012 in Kraft getretenen Bundeskinderschutzgesetz (BKiSchG) wurde eine gesetzliche Grundlage für die Durchbrechung der (ärztlichen) Schweigepflicht unter bestimmten Voraussetzungen geschaffen (Gesetz zur Stärkung eines aktiven Schutzes von Kindern und Jugendlichen – BKiSchG – vom 22.12.2011, BGBl. I Nr. 70, S. 2975–2982). Dieses Gesetz stellt eine (weitere) Konkretisierung des staatlichen Schutzauftrages für Kinder dar (sog. »staatliches Wächteramt«, vgl. Art. 6 Abs. 1 GG). Kernpunkt dieses Artikelgesetzes ist Art. 1, das »Gesetz zur Kooperation im Kinderschutz (KKG)«, daneben werden Änderungen und Anpassungen bei bestehenden Regelungen festgelegt und es wird mit Art. 4 BKiSchG eine Evaluation gefordert. Die Bundesregierung hat die Wirkungen dieses Gesetzes unter Beteiligung der Länder zu untersuchen und dem Deutschen Bundestag bis zum 31. Dezember 2015 über die Ergebnisse dieser Untersuchung zu berichten. Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen nunmehr

- »Frühe Hilfen« bereits werdenden Eltern aktiv angeboten werden,
- alle wichtigen Akteure im Kinderschutz in einem Netzwerk verbunden sein,
- das Bundesfamilienministerium den Aus- und Aufbau von Netzwerken Frühe Hilfen und des Einsatzes von Familienhebammen stärken und
- der Bund sein finanzielles Engagement auch über 2015 hinaus dauerhaft fortsetzen.

Weitere Regelungen bezwecken, dass ein sog. »Jugendamt-Hopping« nicht mehr möglich sein soll durch entsprechenden Informationsaustausch der Jugendämter untereinander. Für Berufsgeheimnisträger gibt es jetzt eine Rechtsnorm als gesetzlich geregelte zulässige Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht mit der Befugnis zur Weitergabe von Informationen an das Jugendamt. Allerdings ist vor der Weitergabe von Informationen nur an das Jugendamt ein schrittweises Vorgehen vorgesehen. Dazu legt § 4 BKiSchG fest:

1. Schritt (§ 4 Abs. 1 BKiSchG) – Erörterung Bei Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung soll mit den Kind bzw. Jugendlichen und den Sorgeberechtigten die Situation erörtert und auf die Inanspruchnahme von Hilfen hingewirkt werden, wenn dies den Schutz des Kindes gewährleistet.

2. Schritt (§ 4 Abs. 2 BKiSchG) – Beratung Übermittlung pseudonymisierter Daten. Die Personen nach Abs. 1 (u. a. Ärztinnen oder Ärzte, Hebammen etc.) haben zur Einschätzung der Kindeswohlgefährdung gegenüber dem Träger der öffentlichen Jugendhilfe Anspruch auf Beratung durch eine »insoweit erfahrene Fachkraft«. Sie sind zu diesem Zweck befugt, dieser Person die dafür erforderlichen Daten zu übermitteln; vor einer Übermittlung der Daten sind diese zu pseudonymisieren.

3. Schritt (§ 4 Abs. 3 BKiSchG) – Information des Jugendamtes Vorabhinweis, Datenweitergabe. Scheidet eine Abwendung der Gefährdung nach Abs. 1 aus oder ist ein Vorgehen nach Abs. 1 erfolglos und halten die in Absatz 1 genannten Personen ein Tätigwerden des Jugendamtes für erforderlich, um eine Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen abzuwenden, so sind sie befugt, das Jugendamt zu informieren; hierauf sind die Betroffenen vorab hinzuweisen, es sei denn, dass damit der wirksame Schutz … in Frage gestellt wird. Zu diesem Zweck sind die Personen nach Absatz 1 befugt, dem Jugendamt die erforderlichen Daten mitzuteilen.

Mit dieser Regelung wird der bisherige Rückgriff auf den rechtfertigenden Notstand des § 34 StGB als Rechtfertigung für die Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht in vielen Fällen entbehrlich. Im Einzelfall bei einer Kindeswohlgefährdung durch Dritte muss aber auch weiterhin eine Berufung auf § 34 StGB erfolgen, z. B. wenn Ärzte im Rahmen des Behandlungsvertrages von einer Kindesmisshandlung an weiteren Kindern erfahren und dies dann gegenüber dem Jugendamt und/oder den Ermittlungsbehörden offenbaren wollen.

Erwähnenswert sind die Empfehlungen der Arbeitsgruppe II des Bundesministeriums der Justiz (Jugendamt Heft 03/2012, S. 140–145). Diese Empfehlungen sind hervorgegangen aus den Beratungen des sog. »Runden Tisches« im Rahmen der Aufarbeitung der Vorkommnisse in Heimen und Schulen in Deutschland von den 50er Jahren bis in die 80er Jahre des 20. Jahrhundert. Die Empfehlungen sind rechtlich nicht verbindlich, sehen jedoch bei Sexualdelikten grundsätzlich eine Meldung an Polizei und Staatsanwaltschaft vor. Kritisch wäre diesen Empfehlungen jedoch entgegenzuhalten, dass es relativ wenig belastende Sexualstraftaten gibt, z. B. »nur« der Griff an die bekleidete Brust oder Genitalregion, während wir andererseits gravierende Formen der Kindesmisshandlung mit schweren Verletzungen kennen, die nach dem Wortlaut der Empfehlungen nicht zwingend der Polizei und Staatsanwaltschaft gemeldet werden müssten. Insofern zeigt sich hier einmal mehr, dass immer eine Abwägung im Einzelfall zu fordern ist und dass Argumente im Rahmen von Entscheidungsprozessen sorgfältig dokumentiert werden sollten.

Hinzuweisen ist auch auf die Neufassung des § 8a Abs. 1 S.1 und 2, Abs. 2 SGB VIII.

§ 8a Abs. 1 S. 1 SGB VIII Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen (früher: abzuschätzen).

§ 8a Abs. 1 S. 2 SGB VIII Soweit der wirksame Schutz des Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist, sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen.

§ 8a Abs. 2 wird § 8a Abs. 4 SGB VIII In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass
1. deren Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen,
2. bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird,
3. die Erziehungsberechtigten sowie das Kind und der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

In die Vereinbarung ist neben den Kriterien für die Qualifikation der beratend hinzuzuziehenden Fachkraft insbesondere die Verpflichtung aufzunehmen, dass die Fachkräfte der Träger bei den Erziehungsberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, wenn sie diese für erforderlich halten, und das Jugendamt informieren, falls die Gefährdung nicht anders abgewendet werden kann.

Schließlich sieht das Bundeskinderschutzgesetz den Einsatz von sog. Familienhebammen vor und hauptamtliche Mitarbeiter der Jugendhilfe sollen ein erweitertes Führungszeugnis vorlegen – auch nebenamtliche und ehrenamtliche Mitarbeiter, wenn sich ein »besonderes Vertrauensverhältnis« zu Kindern und Jugendlichen entwickeln kann. Die Jugendämter sollen verpflichtet werden, Problemfamilien stärker zu kontrollieren, und bei gewichtigen Anhaltspunkten für eine Kindeswohlgefährdung muss das Jugendamt sich *»mittels eines Hausbesuches«* einen Eindruck von dem Kind und der persönlichen Umgebung verschaffen.

Hat das Jugendamt bereits auf anderem Wege Kenntnis erlangt von einer Kindesmisshandlung oder einem Kindesmissbrauch, so besteht zwar keine Verpflichtung zur Herausgabe von Informationen, auf Verlangen müssen jedoch zumindest mitgeteilt werden: Vor- und Nachname des minderjährigen Patienten, das Geburtsdatum und der Geburtsort sowie die Anschrift, soweit bekannt.

Wie oben dargelegt, besteht in der Bundesrepublik Deutschland keine Pflicht zur Meldung eines Falles von Kindesmisshandlung oder Kindesmissbrauch an die Polizei, weder für Ärzte noch für Mitarbeiter der Behörden, z. B. des Jugendamtes. Es gibt eine für jeden Bürger verbindliche Meldepflicht von Straftaten entsprechend dem Katalog des § 138 StGB.

§ 138 [Nichtanzeige geplanter Straftaten]
(1) Wer von dem Vorhaben oder der Ausführung … eines Mordes, Totschlages oder Völkermordes … zu einer Zeit, zu der die Ausführung oder der Erfolg noch abgewendet werden kann, glaubhaft erfährt und es unterlässt … Anzeige zu machen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu 5 Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Haben Polizei bzw. Staatsanwaltschaft Kenntnis erlangt von einem Fall von Kindesmissbrauch, so besteht eine Ermittlungspflicht zur Klärung des Sachverhalts (sog. Legalitätsprinzip). Da es sich beim Kindesmissbrauch um ein sog. Offizialdelikt handelt, bedarf es in diesen Fällen keines Strafantrages des Opfers, wie etwa bei Körperverletzungsdelikten, nicht nur im Familienkreis (§ 230 StGB). Bejaht die Strafverfolgungsbehörde (Staatsanwaltschaft) bei einer Körperverletzung das »besondere öffentliche Interesse an der Strafverfolgung« und hält ein »Einschreiten von Amts wegen für geboten«, so kommt auch eine Strafverfolgung bei Körperverletzungsdelikten in Betracht.

Bei Offizialdelikten hat die Strafverfolgungsbehörde keinen Ermessensspielraum. In diesen Fällen muss sie tätig werden, d. h. Beweise sichern, Zeugen ermitteln und z. B. eine körperliche Untersuchung des Opfers oder auch eines Tatverdächtigen veranlassen.

Da im Falle einer Beweissicherung durch die Polizei einerseits eine körperliche Untersuchung des Tatverdächtigen (gemäß § 81a StPO) und des Opfers (gemäß § 81c StPO) erfolgen kann und andererseits u. U. wiederholte Befragungen des minderjährigen Opfers erforderlich sind, muss sorgfältig bedacht werden, ob im Verhältnis zur Schwere der Tat das Opfer diesen genannten Belastungen ausgesetzt werden kann. Dies gilt, obwohl gerade in den letzten Jahren auch strafprozessual verstärkt versucht wird, eine »sekundäre Viktimisierung« des Opfers durch (polizeiliche) Ermittlungen und durch das Strafverfahren zu verringern bzw. zu vermeiden (▶ Kap. 24).

Hierzu kann und soll im Einzelfall auch die Meinung des Opfers – je nach Alter und natürlicher Einsichtsfähigkeit bzw. Verstandesreife – berücksichtigt werden, schließlich muss das Opfer möglicherweise mit dem Wissen leben, den Täter (einen nahen Angehörigen, u. U. den eigenen Vater) durch seine Mitarbeit für längere Zeit ins Gefängnis gebracht zu haben.

Ärzte und andere beruflich mit Kindern befasste Personen können den Verdacht auf einen sexuellen Missbrauch melden, ohne spätere Regressforderungen befürchten zu müssen, wenn die Verdachtslage gut begründet ist und nicht schuldhaft gehandelt wurde. So hatte eine Psychologin *»den starken Verdacht auf sexuellen Missbrauch durch den Vater«* geäußert und auf ein auffälliges Verhalten des Mädchens verwiesen. Das Kind wurde daraufhin in ein Heim gebracht. Dagegen klagten die Eltern. Zwar stellte ein Gerichtssachverständiger fest, dass der Vater die Tochter nicht sexuell missbraucht habe; dennoch musste die Psychologin kein Schmerzensgeld zahlen. Der Vater hatte geklagt, weil er in seinem Ruf geschädigt sei und deswegen auch gesundheitliche Probleme bekommen habe. Nach Ansicht des Gerichts habe sich die Psychologin aber nicht schuldhaft verhalten und außerdem ihren Verdacht nur gegenüber zuständigen Personen geäußert (LG Hamburg, Entscheidung v. 26.08.1997 – 309 S 292/96).

Fallbeispiele

Nicht verschwiegen werden soll, dass es gelegentlich nicht nachvollziehbare Urteile gibt.

So sprach das OLG Brandenburg einem Mann einen Versorgungsausgleich nach der Scheidung zu, obwohl er rechtskräftig verurteilt worden war wegen sexuellen Missbrauchs des Kindes der Ehefrau. Allein die Verurteilung wegen sexuellen Missbrauchs begründe noch keine schwere Verfehlung. Die Ehefrau hätte detailliert darlegen müssen, dass der Missbrauch besonders schwerwiegend gewesen sei. Dies sei jedoch nicht dargelegt worden (OLG Brandenburg, Urt. v. 06.01.2000 – 9 UF 9/99).

Ähnlich unverständlich ist teilweise die Begründung einer Entscheidung des Bundesgerichtshofes zum sexuellen Missbrauch eines Säuglings (BGH, Beschl. v. 03.04.2003 – 4 StR 84/03). Dort heißt es:

> » In Anbetracht dessen, dass der Angeklagte ohne sein Geständnis der abgeurteilten Tat vermutlich nicht zu überführen gewesen wäre, das Tatgeschehen auf einem spontanen Entschluss beruhte, nachteilige Folgen für das geschädigte Kind nicht zu erwarten sind, der Angeklagte nicht vorbestraft ist, er Reue gezeigt und seine Therapiebereitschaft bekundet hat, ist die verhängte Freiheitsstrafe von vier Jahren unvertretbar hoch.

Dass nachteilige Folgen für den sexuell missbrauchten Säugling nicht zu erwarten seien, ist angesichts bekannter psychischer Traumafolgen auch bei Kleinstkindern schlicht falsch. Und: Würde die Ansicht des BGH zutreffen, müssten pädophile Täter zukünftig besonders junge Opfer wählen, um Hoffnung auf eine geringere Strafe haben zu können.

17.3.1 Innovative Ansätze

Unterhalb der Schwelle einer Information der Ermittlungsbehörden gibt es Ansätze zur Bildung von lokalen Netzwerken, verbunden mit der Einrichtung eines Dateiinformationssystems für Kinder- und Jugendärzte. Eine derartige Risikokinderdatei soll den Austausch von Informationen unter Ärzten bei der Behandlung jener Kinder verbessern, bei denen ein Risiko für Gefährdungen gesehen wird (körperliche Misshandlung, sexueller Missbrauch, Gefährdung durch Vernachlässigung und/oder Überforderung der Bezugsperson, psychische Misshandlung). Erfasst werden festgestellte Verletzungen ohne plausiblen Entstehungsmechanismus, aber auch Eltern, die nach derartigen Feststellungen nicht erneut vorstellig werden bzw. häufiger den Arzt wechseln. Auch nicht eingehaltene Termine für festgelegte Untersuchungen im Kindesalter (U1 bis U9 – von der Geburt bis zur Einschulung) sollen gespeichert werden.

Ein solches Informationssystem hat gesetzliche Vorgaben strikt zu beachten, insbesondere § 28 Bundesdatenschutzgesetz, die (Muster-)Berufsordnung der Ärztekammern und § 203 StGB. Zugleich soll das Informationssystem Absprachen bzw. Beratung im Einzelfall erleichtern und kompetente Ansprechpartner, z. B. erfahrene Pädiater oder Kollegen aus der Rechtsmedizin, benennen. Derartige

Initiativen sind jedoch nicht ohne Kritik geblieben. Es gibt einerseits Zweifel, ob eine erfolgreiche Arbeit eines solchen Dateninformationssystems mit Fakten belegt werden kann, andererseits wird das Spektrum der vom Gesetzgeber geschaffenen Regelungen bei deren Beachtung im Kern als ausreichend angesehen. Es liegen keine Nachweise vor, dass ein solches »Risikoregister« einen wirksamen Kinderschutz ermöglicht, es werden durchaus auch negative Folgen für die betroffenen Kinder vermutet. Fraglich ist auch, ob das Konzept den berufsethischen Verpflichtungen zu einer vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Patienten und der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entspricht.

17.3.2 Mitteilungspflichten gem. § 294a SGB V

In § 294a SGB V wird in Satz 1 die Mitteilung von Krankheitsursachen und drittverursachten Gesundheitsschäden geregelt. Die Leistungserbringer im Gesundheitswesen (Ärzte, Krankenhäuser) trifft eine Mitteilungspflicht, die u. a. Angaben zu drittverursachten Gesundheitsschäden umfasst. In der Vergangenheit haben Krankenkassen nach entsprechenden Mitteilungen über einen drittverursachten Gesundheitsschaden als Folge einer Kindesmisshandlung bei der Polizei angefragt, die auf diese Weise überhaupt erst Kenntnis erhielt von dem Verdacht auf eine Straftat und dann Ermittlungen aufnahm. Diese unbefriedigende Regelung wurde in der Vergangenheit vielfach kritisiert. Nunmehr wurde § 294a SGB V im August 2013 geändert und um Satz 2 ergänzt:

> » Bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden, die Folge einer Misshandlung, eines sexuellem Missbrauchs oder einer Vernachlässigung von Kindern und Jugendlichen sein können, besteht keine Mitteilungspflicht nach Satz 1.

Trotz dieser Änderung ist jedoch nicht auszuschließen, dass Krankenkassen Kenntnis von Fällen einer Kindesmisshandlung bzw. eines Kindesmissbrauchs erlangen und dann tätig werden, um den Verursacher (Täter/in) in Regress zu nehmen. Versichertenbezogene Daten müssen auch weiterhin bei der Abrechnung mitgeteilt werden, nur jetzt keine Angaben mehr über die Ursachen einer Verletzung bzw. zur Person des Verursachers. Grundsätzlich ist es aber dabei geblieben, dass Ansprüche gegen einen Schadensersatzpflichtigen (Täter/in) gem. § 116 SGB X auf den Versicherungsträger bzw. den Träger der Sozialhilfe übergehen. Krankenkassen können also ihren Anspruch auf Ausgleich für geleistete Zahlungen zur Behebung drittverursachter Schäden auch weiterhin verfolgen. Welche Auswirkungen die vorgenommene Änderung in § 294a SGB V in der Praxis hat, bleibt daher abzuwarten.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (AGMedR der DGGG) (2006) Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger, Stand: September 2006

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) und Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter. Handlungsempfehlungen zum Bundeskinderschutzgesetz (2012) Orientierungsrahmen und erste Hinweise zur Umsetzung. https://www.agj.de/uploads/media/111_Handlungsempfehlungen_Bundeskinderschutzgesetz.pdf

Arbeitsgruppe II »Durchsetzung staatlicher Strafanspruch – Rechtspolitische Folgerungen – Anerkennung des Leidens der Opfer sexuellen Missbrauchs in jeglicher Hinsicht« des Rundes Tisches »Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich« (RTKM) (2012) Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden. JAmt 3: 140–145

Auchter-Mainz E (1995) »Kindesmisshandlung« – Überlegungen und Hinweise aus juristischer Sicht. Relevanz für das Rettungsteam? Rettungsdienst 18: 28–32

Bender D (2002) Grenzen der Schweigepflicht des Arztes bei Kenntnis von Misshandlungen oder entwürdigende Behandlungen durch Eltern. Medizinrecht, S. 626–630

Betmann C (2004) Das Adhäsionsverfahren im Lichte des Opferrechtsreformgesetzes. Kriminalistik, S. 567–572

BGH, Urt. v. 03.07.2003 – 4 StR 190/03. Verdacht der Misshandlung einer Schutzbefohlenen (Säugling). In: Dettmeyer R (Hrsg) (2005) Rechtsreport. Rechtsmedizin 15: 191–193

BGH, Beschl. v. 17.07.2007 – 4 StR 242/07. Verminderte Schuldfähigkeit bei Pädophilie. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 20: 116–117

Billaud C, Boess M (2006) Kinderpornografie. Gesetzeslage, Kennzahlen, Repression und Prävention in der Schweiz. Kriminalistik: 269–277

Billaud C, Boess M (2006) Kinderpornografie – Gesetzeslage, Kennzahlen, Repression und Prävention in der Schweiz. Kriminalistik, S. 269–277

Bohne S (2005) Die Rechtsstellung des Verletzten im Ermittlungsverfahren. Kriminalistik, S. 166–174

Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschl. v. 24.09.2009 – 1 BvR 1231/04. Pornografische Darbietungen im Internet an Minderjährige. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 20: 117–118

Debertin AS (2011) Bessere Strukturen für den Kinderschutz in Niedersachsen. Institut für Rechtsmedizin der MHH bietet niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten diagnostische Unterstützung bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung und -missbrauch. Niedersächsisches Ärzteblatt Heft 1, S. 52–53

Dern H (2009) Sexuell assoziierte Tötungsdelikte an Kindern. Teil 1: Empirische Befunde. Kriminalistik 2009, S. 603–611

Dettmeyer R (2003) Die Haftung des gerichtlichen Sachverständigen – der § 839a BGB. In: Dettmeyer R (Hrsg) Rechtsreport. Rechtsmedizin 13: 329–334

Dettmeyer R (2006) Medizinische Maßnahmen zum Zwecke der Beweissicherung. In: Dettmeyer R, Medizin & Recht. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, 2. Aufl., S. 311–336

Dettmeyer R (2009) Schmerzensgeld wegen unrechtmäßigen Kindesentzugs. LG München I – Urt. v. 07.01.2009. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 19: 239–241

Dettmeyer R, Parzeller M, Laux J et al. (2011) Medizinische und rechtliche Aspekte der Genitalverstümmelung bzw. Beschneidung. Teil II: Die rituelle Zirkumzision. Arch Kriminol 227: 85–101

Dettmeyer R (2012) Kindesmissbrauch und Opferentschädigung – aus medizinischer Sicht. Der Medizinische Sachverständige 108: 63–68

Dettmeyer R (2013) Das Bundeskinderschutzgesetz vom 22.12.2011 – Anmerkung. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 23: 420–421

Dettmeyer R (2015) Doppelte Aktenführung bzw. Extra-Akte bei Verdacht auf Kindesmisshandlung durch die Sorgeberechtigten. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsmedizin 25: 485-486

Fegert JM (1995) Kinderpsychiatrische Begutachtung und die Debatte um den Missbrauch mit dem Missbrauch. Z Kinder- u. Jugendpsychiatrie 23: 9–19

Glöser S (1996) Sexueller Missbrauch von Kindern. In der Mehrzahl der Fälle Verzicht auf Strafanzeige. Dtsch Ärztebl 93 (1996) C-172

Hermanutz M, Adler F (2009) Strukturierte Kindervernehmung mit der Bildkartenmethode. Kriminalistik, S. 623–629

Karle M, Clauß M (1999) Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung in vormundschaftsgerichtlichen Verfahren. Familie und Recht (FuR), S. 150–153

Kley E (2007) Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Sexuelle Gewalt gegen Kinder – ein ubiquitäres gesellschaftliches Phänomen? Kriminalistik, S. 455–463

Klosinskis G (2000) Kinderpsychiatrische Begutachtung im Rahmen des Haager Kindesentführungsabkommens. Familie und Recht (FuR), S. 408–416

Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden. Empfehlungen der Arbeitsgruppe II des BMJ. JAmt Heft 03/2012, S. 140–145

LG Bonn, Urt. v. 15.11.2006 – Az 22 S 56. Schwangerschaft einer 13-Jährigen nach Vergewaltigung mit Anm. Dettmeyer. In: Dettmeyer R (Hrsg) (2008) Rechtsreport. Rechtsmedizin 18: 116–124

LG Köln, Beschl. v. 09.11.2002 – 102 – 57/01. Zum Zeugnisverweigerungsrecht von Betreuern einer »Babyklappe«. In: Dettmeyer R (Hrsg) (2003) Rechtsreport. Rechtsmedizin 13: 52–53

LG Köln, Urt. v. 07.05.2012 – 151 Ns 169/11. Zur Rechtmäßigkeit von Knabenbeschneidungen aufgrund Einwilligung der Eltern. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 22: 489–494 mit Anm. Dettmeyer

LG Berlin, Urt. v. 11.05.2012 – 36 O 388/07. Zur Offenbarungsbefugnis bei Hinweisen auf Kindesmisshandlung. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport 24: 125–128 mit Anm. Dettmeyer

Martinius J (1999) Zum Standard der Glaubwürdigkeitsbegutachtung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 27: 121–124

Myers WC, Brasington ST (2002) A father marries his daughters: a case of incestuous polygamy. J Forensic Sciences 47: 1112–1116

Nevermann-Jaskolla U (2004) Das Kind als Opferzeuge im Strafverfahren – Würzburger Schriften zur Kriminalwissenschaft Bd. 15. Frankfurt a. M.

Nisse R (2009) Kindeswohlgefährdung und Maßnahmen der Polizei. Kriminalistik, S. 613–622

Oehmichen M (1993) Rechtliche Fragen im Zusammenhang mit Kindsmisshandlung und sexuellem Missbrauch. In: Kruse K, Oehmichen M (Hrsg.) Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. Rechtsmedizinische Forschungsergebnisse, Band 5. Schmidt-Römhild, Lübeck, S. 105–124

Paulus M (2013) Kinder- und Opferschutz bei sexuellem Missbrauch. Unter den Runden Tisch gekehrt, mit Füßen getreten und als Erfolg verkauft? Kriminalistik Heft 3: 163–169

Putzke H, Stehr M, Dietz HG (2008) Strafbarkeit der Zirkumzision. Monatsschr Kinderheilkde 156: 783–788

Robino C, Barilaro MR, Gino S, Chiarle R, Palestro G, Torre C (2006) Incestuous paternity detected by STR-typing of chorionic villi isolated from archival formalin-fixed paraffin-embedded abortion material using laser microdissection. J Forensic Sciences 51: 90–92

Rohloff S, Ruhländer A (2004) Entwicklungsmöglichkeiten in der polizeilichen Vernehmungspraxis. Kriminalistik, S. 518–522

Schimke HJ (2011) Das neue Bundeskinderschutzgesetz – erste Einschätzungen und Perspektiven. JAmt Heft 12, S. 621–628

Schnitker A (1993) Die Zeugenfähigkeit und Glaubhaftigkeit bei Kindern. In: Kruse K, Oehmichen M (Hrsg) Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. Rechtsmedizinische Forschungsergebnisse, Band 5. Schmidt-Römhild, Lübeck, S. 97–103

Soyer R, Streinz L (2014) Opferrechte in Österreich. StraFo Heft 6: 235–239
Stehr M, Schuster T, Dietz HG et al. (2001) Die Zirkumzision – Kritik an der Routine. Klin Pädiatr 213: 50–55
Steller M (1997) Grundlagen und Methoden der Glaubwürdigkeitsbegutachtung bei Kinderaussagen über sexuellen Missbrauch. In: Warnke A, Trott GE, Remschmidt H (Hrsg) Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Huber, Bern Göttingen Toronto
Stevens A, Foerster K (2002) Psychiatrische Begutachtung der Folgen kindlichen Missbrauchs nach dem Opferentschädigungsgesetz. Med Sach 98: 172–177
Szibor R (2004) Inzest und Konsanguinität. Eine Übersicht unter biologischen, soziologischen, klinisch-genetischen und rechtsmedizinischen Aspekten. Rechtsmedizin 14: 387–395
Tries R (1996) Schweigepflicht bei Kindesmisshandlungen. Hinweise für die Praxis. Rettungsdienst 19: 46–48
Tröndle H (1992) Verordnung von Kontrazeptiva an Minderjährige – eine Straftat? Medizinrecht: 320–325
Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention) vom 20. November 1989, am 26. Januar 1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet am 6. März 1992, am 5. April 1992 für Deutschland in Kraft getreten. Bekanntmachung vom 10. Juli 1992 – BGBl. II S. 990
von Klitzing K (1990) Glaubwürdigkeitsbegutachtung von Kindern und Jugendlichen in der Frage des sexuellen Missbrauchs. Acta Paedopsych 53: 181–191
Winkler R (1998) Begutachtung von Folgen sexuellen Missbrauchs im Kindes- und Jugendalter nach dem Opferentschädigungsgesetz. Med Sach 94: 91–95

Beweissicherung mit polizeilicher Hilfe

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_18, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Haben die Ermittlungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft) Kenntnis von einer Straftat oder besteht ein diesbezüglicher hinreichender Tatverdacht (§§ 159, 160 StPO), so können die körperliche Untersuchung und/oder ein körperlicher Eingriff veranlasst werden. Dies gilt grundsätzlich sowohl für das Opfer einer Straftat als auch für einen Beschuldigten.

18.1 Rechtsgrundlagen

Allerdings sind die Voraussetzungen für die Anordnung einer körperlichen Untersuchung durch einen Arzt unterschiedlich geregelt. Neben einer ärztlichen körperlichen Untersuchung kommt die Bestimmung des sog. »genetischen Fingerabdrucks« (DNA-Analyse) in Betracht, im Falle einer (rechtskräftigen) Verurteilung auch die Speicherung der genetischen Daten des Täters.

18.1.1 Ärztliche Untersuchung des Opfers bzw. Kindes

Die ärztliche Untersuchung des Opfers einer Straftat ist in § 81c StPO geregelt. Die spezielle Regelung in § 81d StPO (Untersuchung einer Frau) wird auch dann gelten, wenn das weibliche Opfer noch minderjährig ist, d. h. auch dann ist die körperliche Untersuchung einer Frau einem Arzt zu übertragen (§ 81d Abs. 1 Satz 1 StPO). Auf Verlangen des zu untersuchenden weiblichen Opfers soll eine andere Frau bzw. weibliche Person oder ein Angehöriger bei der Untersuchung anwesend sein (§ 81d Abs. 1 Satz 3 StPO). Als Frau im Sinne des § 81d StPO muss jede weibliche Person angesehen werden, die dem Kleinkindesalter entwachsen, also älter als etwa sechs Jahre ist.

§ 81c StPO [Untersuchung anderer Personen]

(1) Andere Personen als Beschuldigte dürfen, wenn sie als Zeugen in Betracht kommen, ohne ihre Einwilligung nur untersucht werden, soweit zur Erforschung der Wahrheit festgestellt werden muss, ob sich an ihrem Körper eine bestimmte Spur oder Folge einer Straftat befindet.

(2) Bei anderen Personen als Beschuldigten sind Untersuchungen zur Feststellung der Abstammung und die Entnahme von Blutproben ohne Einwilligung des zu Untersuchenden zulässig, wenn kein Nachteil für seine Gesundheit zu befürchten und die Maßnahme zur Erforschung der Wahrheit unerlässlich ist. Die Untersuchungen und die Entnahme von Blutproben dürfen stets nur von einem Arzt vorgenommen werden.

(3) Untersuchungen oder Entnahmen von Blutproben können aus den gleichen Gründen wie das Zeugnis verweigert werden. Haben Minderjährige oder Betreute wegen einer psychischen Krankheit oder einer geistigen oder seelischen Behinderung von der Bedeutung ihres Weigerungsrechts keine genügende Vorstellung, so entscheidet der gesetzliche Vertreter; § 52 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 gilt entsprechend. Ist der gesetzliche Vertreter von der Entscheidung ausgeschlossen (§ 52 Abs. 2 Satz 2) oder aus sonstigen Gründen an einer rechtzeitigen Entscheidung gehindert und erscheint die sofortige Untersuchung oder Entnahme von Blutproben zur Beweissicherung erforderlich, so sind diese Maßnahmen nur auf besondere Anordnung des Richters zulässig. Der die Maßnahmen anordnende Beschluss ist unanfechtbar. Die nach Satz 3 erhobenen Beweise dürfen im weiteren Verfahren nur mit Einwilligung des hierzu befugten gesetzlichen Vertreters verwertet werden.

(4) Maßnahmen nach den Absätzen 1 und 2 sind unzulässig, wenn sie dem Betroffenen bei Würdigung aller Umstände nicht zugemutet werden können.

(5) Die Anordnung steht dem Richter, bei Gefährdung des Untersuchungserfolges durch Verzögerung, von den Fällen des Absatzes 3 Satz 3 abgesehen, auch der Staatsanwaltschaft und ihren Ermittlungspersonen (§ 152 des Gerichtsverfassungsgesetzes) zu. …

(6) Bei Weigerung des Betroffenen gilt die Vorschrift des § 70 entsprechend. Unmittelbarer Zwang darf nur auf besondere Anordnung des Richters angewandt werden. Die Anordnung setzt voraus, dass der Betroffene trotz Festsetzung eines Ordnungsgeldes bei der Weigerung beharrt oder dass Gefahr im Verzuge ist.

§ 81c Abs. 1 StPO umfasst auch die Untersuchung von Säuglingen und Kleinkindern zur Sicherung von Spuren und Tatfolgen (Spurengrundsatz). Dies schließt die Inspektion der Körperoberfläche und

die Untersuchung der natürlichen Körperöffnungen ein, soweit deren Inneres ohne ärztliche Hilfe sichtbar gemacht werden kann. Ein körperlicher Eingriff darf jedoch nicht erfolgen.

Die Pflicht zur Duldung der Untersuchung als Zeuge (bzw. Opfer) umfasst die Pflicht, sich zur Untersuchung einzufinden, sich zu entkleiden und die zur Untersuchung jeweils erforderliche Körperhaltung einzunehmen. Für nicht einwilligungsfähige Minderjährige entscheiden die Sorgeberechtigten. Der Übergang zur Einwilligungsfähigkeit ist jedoch fließend, sodass je nach einzuschätzender Verstandesreife auch eine eigene Entscheidung des minderjährigen Zeugen in Betracht kommt. Eine feste Altersgrenze kann hier nicht genannt werden, als Orientierung wird gelegentlich auf die Vollendung des 14. Lebensjahres verwiesen. Es ist jedoch gerade diese Rolle des Gewaltopfers als »Lieferant« von Beweismitteln zur Überführung einer Täterin bzw. eines Täters, welche in einem strafrechtlichen Verfahren im Vordergrund steht und beim Opfer zu dem subjektiven Eindruck führen kann, seine Verletzungen und sein auch emotionales Empfinden würden ignoriert oder zumindest nicht ausreichend respektiert.

18.1.2 Ärztliche Untersuchung eines Beschuldigten

Rechtsgrundlage für die ärztliche Untersuchung eines Beschuldigten ist § 81a Strafprozessordnung.

§ 81a StPO [Körperliche Untersuchung]
(1) Eine körperliche Untersuchung des Beschuldigten darf zur Feststellung von Tatsachen angeordnet werden, die für das Verfahren von Bedeutung sind. Zu diesem Zweck sind Entnahmen von Blutproben und andere körperliche Eingriffe, die von einem Arzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst zu Untersuchungszwecken vorgenommen werden, ohne Einwilligung des Beschuldigten zulässig, wenn kein Nachteil für seine Gesundheit zu befürchten ist.
(2) Die Anordnung steht dem Richter, bei Gefährdung des Untersuchungserfolges durch Verzögerung auch der Staatsanwaltschaft und ihren Ermittlungspersonen (§ 152 des Gerichtsverfassungsgesetzes) zu.
(3) Dem Beschuldigten entnommene Blutproben oder sonstige Körperzellen dürfen nur für Zwecke des der Entnahme zugrundeliegenden oder eines anderen anhängigen Strafverfahrens verwendet werden; sie sind unverzüglich zu vernichten, sobald sie hierfür nicht mehr erforderlich sind.

Für weitergehende Maßnahmen, insbesondere für genetische Analysen – Nachweis von z. B. Täter-DNA in Spermien und Vergleich mit der DNA eines Tatverdächtigen – bedarf es einer speziellen Rechtsgrundlage (§ 81e StPO).

18.2 Mitteilung von Befunden mittels Attesten/Gutachten

Ärztliche Atteste bzw. Gutachten können im Einzelfall von verfahrensentscheidender Bedeutung sein. Ärztliche Untersuchungen – in der Regel durch Rechtsmediziner – auf der Grundlage der §§ 81a, 81c StPO unterliegen von vornherein nicht der ärztlichen Schweigepflicht, da die Untersuchung für alle Beteiligten erkennbar gerade mit dem Ziel erfolgte, die dadurch gewonnenen Erkenntnisse in einem zivil- oder strafrechtlichen Verfahren zu verwerten. Wurden Befunde, Spuren etc. im Rahmen einer regulären ärztlichen Behandlung erhoben, so gilt zunächst die ärztliche Schweigepflicht.

Die Weitergabe ärztlich erhobener Befunde durch Erstellung eines Attestes, im Rahmen eines Gutachtens oder anlässlich einer mündlichen Aussage vor Gericht ist nur erlaubt, wenn zuvor eine Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht erfolgte. Dabei soll es ausreichen, wenn das Gericht dem Arzt als sachverständigem Zeugen zusichert, eine solche Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht liege vor bzw. sei erfolgt.

18.3 Übergabe der ärztlichen Dokumentation

Einen Anspruch auf Bekanntgabe der ärztlichen Dokumentation bzw. auf Überlassen von Kopien der Krankenunterlagen hat grundsätzlich nur der

Patient persönlich, bei nicht entscheidungsfähigen Minderjährigen die Sorgeberechtigten oder z. B. ein gerichtlich bestellter Verfahrenspfleger. Die ärztliche Dokumentation muss, wenn vom (minderjährigen) Patienten gewünscht, übergeben werden. Allerdings kann ein Patient bzw. ärztlich versorgtes Gewaltopfer die Freigabe der Krankenunterlagen zur Einsicht durch Dritte auf entscheidungsrelevante Abschnitte der ärztlichen Dokumentation begrenzen (vgl. hierzu auch die Ausführungen zur doppelten Aktenführung in ▶ Kap. 17).

Beschlagnahme von Beweismitteln bzw. Krankenunterlagen

Liegt eine entsprechende Aufforderung bzw. Einwilligung des Patienten (als Gewaltopfer) nicht vor, so kommt im Einzelfall eine Beschlagnahme der Krankenunterlagen in Betracht.

Nicht immer ist ein minderjähriges Gewaltopfer mit der Einsichtnahme in seine Krankenunterlagen einverstanden. So ist durchaus denkbar, dass nach einem sexuellen Kindesmissbrauch das minderjährige Opfer die Einwilligung zur Einsicht in Krankenunterlagen verweigert, sei es aus Angst vor dem befürchteten Konflikt, sei es aus Angst vor einer Täterin/einem Täter aus dem sozialen Umfeld. Haben in solchen Fällen die Ermittlungsbehörden Kenntnis von dem begründeten Verdacht einer Sexualstraftat, so kommt eine Beschlagnahme der Krankenunterlagen auch gegen den Willen des grundsätzlich bereits einsichtsfähigen (minderjährigen) Gewaltopfers in Betracht.

Aber: Beschlagnahmen dürfen gemäß § 98 Abs. 1 StPO nur durch den Richter, bei Gefahr im Verzug auch durch die Staatsanwaltschaft und ihre Ermittlungspersonen (§ 152 Gerichtsverfassungsgesetz) angeordnet werden.

Vorgaben der Strafprozessordnung (StPO) und der Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren (RiStBV)

Diese Vorgaben sind im Bund und in den Ländern eingeführt und häufig aktualisiert worden. Sie enthalten auch zahlreiche Regelungen zum Umgang mit minderjährigen Gewaltopfern.

§ 58a StPO [Aufzeichnung der Vernehmung]

(1) Die Vernehmung eines Zeugen kann auf Bild-Ton-Träger aufgezeichnet werden. Sie soll nach Würdigung der dafür jeweils maßgeblichen Umstände aufgezeichnet werden und als richterliche Vernehmung erfolgen, wenn

1. damit die schutzwürdigen Interessen von Personen unter 18 Jahren sowie von Personen, die als Kinder oder Jugendliche durch eine der in § 255a Absatz 2 genannten Straftaten verletzt worden sind, besser gewahrt werden können oder
2. zu besorgen ist, dass der Zeuge in der Hauptverhandlung nicht vernommen werden kann und die Aufzeichnung zur Erforschung der Wahrheit erforderlich ist.

Der Verteidiger darf über Akteneinsicht Kopien der Aufzeichnung bekommen, es sei denn, das Opfer widerspricht. Dann bekommt der Verteidiger aber ein schriftliches Protokoll der Aufzeichnung (§ 58a Abs. 3 StPO).

Nr. 19 der Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren (RiStBV) regelt die Vernehmung von Kindern und Jugendlichen:

Nr. 19 RiStBV – Vernehmung von Kindern und Jugendlichen

(1) Eine mehrmalige Vernehmung von Kindern und Jugendlichen vor der Hauptverhandlung ist wegen der damit verbundenen seelischen Belastung dieser Zeugen nach Möglichkeit zu vermeiden.

(2) Bei Zeugen unter achtzehn Jahren soll zur Vermeidung wiederholter Vernehmungen von der Möglichkeit der Aufzeichnung auf Bild-Ton-Träger Gebrauch gemacht werden (§§ 58a Abs.1 Satz 2 Nr.1, 255a Abs.1 StPO). Hierbei ist darauf zu achten, dass die vernehmende Person und der Zeuge gemeinsam und zeitgleich in Bild und Ton aufgenommen und dabei im Falle des § 52 StPO auch die Belehrung und die Bereitschaft des Zeugen zur Aussage (§ 52 Abs. 2 Satz 1 StPO) dokumentiert werden. Für die Anwesenheit einer Vertrauensperson soll nach Maßgabe des § 406 Abs. 3 StPO Sorge getragen werden. Mit Blick auf die spätere Verwendung (…) empfiehlt sich eine richterliche Vernehmung (…)

Die Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren regeln weiterhin die Beschleunigung von Verfahren,

wenn das Gewaltopfer ein Kind ist. Vorgesehen ist auch eine Mitteilungspflicht, wenn eine tatverdächtige Person zunächst auf freien Fuß gesetzt werden muss und Schutzmaßnahmen zugunsten des Minderjährigen erforderlich sein können. Dazu heißt es in Nr. 221 RiStBV:

Nr. 221 RiStBV – Beschleunigung in Verfahren mit kindlichen Opfern

(1) Das Verfahren ist zu beschleunigen, vor allem deswegen, weil das Erinnerungsvermögen der Kinder rasch verblasst und weil sie besonders leicht zu beeinflussen sind.
(2) Wird ein Beschuldigter, der in häuslicher Gemeinschaft mit dem Geschädigten lebt oder der auf diesen in anderer Weise unmittelbar einwirken kann, freigelassen, so ist das Jugendamt unverzüglich zu benachrichtigen, damit die erforderlichen Maßnahmen zum Schutze des Geschädigten ergriffen werden können. Die Benachrichtigung obliegt derjenigen Stelle, welche die Freilassung veranlasst hat.

Wirft man einen Blick in die ältere und mittlerweile nicht mehr aktuelle Rechtsprechung, so zeigen sich durchaus Gerichtsentscheidungen, die aus heutiger Sicht nicht ohne Weiteres nachvollziehbar sind. Einige ältere Gerichtsentscheidungen sollen hier angeführt werden:

- Kein Überschreiten des zulässigen elterlichen Züchtigungsrechts durch Festbinden einer »sittlich verdorbenen« Tochter, Entzug von Mahlzeiten sowie Kurzschneiden der Kopfhaare (BGH Urt. v. 25.09.1952 – StR 742/51)
- Noch zulässig: mehrfaches Schlagen einer ca. 10-jährigen Tochter mit dem Kleiderbügel (BGH Urt. v. 31.10.1984 – StR 350/84)
- Noch zulässig: mehrmalige Schläge auf Oberschenkel und Gesäß der 8-jährigen Tochter mit einem Gartenschlauch (BGH Beschl. v. 25.11.1986 – StR 605/86)

Die Kommentarliteratur scheint tendenziell strenger zu sein. Dort wird allenfalls der schmerzhafte Klaps auf den bekleideten Po eines 3-Jähringen akzeptiert, wenn dieser sich trotz zuvor kindgerechter Ermahnungen an einer stark befahrenen Straße von der Hand der Mutter losreißt und auf die Straße springt. In diesem Fall soll die erzieherische Intention der milden Schmerzzufügung eindeutig im Vordergrund stehen.

Zu verschiedenen Formen der Tatbegehung bei den Körperverletzungsdelikten folgende Beispiele aus der Rechtsprechung, die auch zu Verurteilungen geführt haben:

- Stiefmutter zwingt 4-Jährige zum Essen eines versehentlich versalzenen Puddings, das Kind stirbt an einer Hypernatriämie (BGH Urt. v. 16.03.2006 – StR 536/05)
- Verabreichung von 60 ml Weinbrand an wegen Zahndurchbruchs schreiendes 14 Monate altes Kind zur Ruhigstellung (BGH Urt. v. 20.10.1993 – StR 109/93)
- Wuchtiger Tritt mit dem beschuhten Fuß als gefährliches Werkzeug in die Magengegend eines ca. 9 Jahre alten Kindes (BGH Beschl. v. 07.12.2006 – StR 470/06)
- Für mehrere Sekunden Halten eines brennenden Feuerzeugs unter die Hand eines 14 Monate alten Kindes mit schmerzhafter Verbrennung der Fingerkuppen, Blasen- und Narbenbildung (BGH Urt. v. 20.10.1993 – StR 109/93)
- Schütteln eines Säuglings oder Kleinkindes – Tatmodalität: mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung (BGH Beschl. v. 03.03.2009 – StR 47/09)

Das 49. Strafrechtsänderungsgesetz vom 21. Januar 2015 (BGBl. I S. 10) regelt die Umsetzung europäischer Vorgaben zum Sexualstrafrecht. Dies betrifft u. a. neue Regelungen im § 184d StGB – Abruf kinderpornographischer Inhalte mittels Telemedien – und § 176 IV Nr. 3 StGB – zum Einwirken auf ein Kind mittels Informations- oder Kommunikationstechnologie, um u. a. das Kind zu sexuellen Handlungen zu bringen, die es an oder vor dem Täter oder einer dritten Person vornehmen oder von dem Täter oder einer dritten Person an sich vornehmen lassen soll.

Vor dem Hintergrund des sexuellen Missbrauchs von Kindern in Heimen und Schulen ist auch eine Änderung des § 174 StGB [Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen] erfolgt, wo Absatz 2 nunmehr lautet:

§ 174 Abs. 2 StGB [Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen]

(2) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird eine Person bestraft, der in einer dazu bestimmten Einrichtung die Erziehung, Ausbildung oder Betreuung in der Lebensführung von Personen unter achtzehn Jahren anvertraut ist, und die sexuelle Handlungen

1. an einer Person unter sechzehn Jahren, die zu dieser Einrichtung in einem Rechtsverhältnis steht, das ihrer Erziehung, Ausbildung oder Betreuung in der Lebensführung dient, vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt oder
2. unter Ausnutzung ihrer Stellung an einer Person unter achtzehn Jahren, die zu dieser Einrichtung in einem Rechtsverhältnis steht, das ihrer Erziehung, Ausbildung oder Betreuung in der Lebensführung dient, vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.

Verjährung Die Verjährung von Straftaten ist im 5. Abschnitt des StGB in den §§ 78 ff. geregelt. Dabei richtet sich die Verjährungsfrist grundsätzlich nach der Höhe der Strafandrohung und beginnt, sobald die Tat beendet ist. Die Verjährung kann jedoch Ruhen oder eine Unterbrechung erfahren. So regelt § 78b StGB das Ruhen der Verjährung bis zur Vollendung des 30. Lebensjahres des Opfers bei Straftaten nach den §§ 174 bis 174c, 176 bis 179, 225 und 226a. Übertragen auf z. B. § 176a Abs. 4 i. V. m. mit § 176a Abs. 2 StGB [Schwerer sexueller Missbrauch von Kindern] mit einer Strafdrohung bis zu 10 Jahren, bedeutet dies, dass die Verjährung bei einem zum Zeitpunkt der Tat erst 14 Jahre altem Kind gemäß § 78b StGB mit dem 30. Lebensjahr beginnt und dann gemäß § 78 Abs. 3 Nr. 3 10 Jahre beträgt. Eine im Alter von 14 Jahren erfolgte Vergewaltigung kann somit vom Opfer noch bis zum vollendeten 40. Lebensjahr zur Anzeige gebracht werden. Die Verjährung wird u. a. unterbrochen gemäß § 78c StGB durch die erste Vernehmung des Beschuldigten, die Bekanntgabe, dass gegen ihn das Ermittlungsverfahren eingeleitet ist, oder die Anordnung dieser Vernehmung oder Bekanntgabe, jede richterliche Vernehmung und anderes mehr.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (AGMedR der DGGG) (2006) Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger, Stand: September 2006

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) und Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter. Handlungsempfehlungen zum Bundeskinderschutzgesetz (2012) Orientierungsrahmen und erste Hinweise zur Umsetzung. https://www.agj.de/uploads/media/111_Handlungsempfehlungen_Bundeskinderschutzgesetz.pdf

Arbeitsgruppe II »Durchsetzung staatlicher Strafanspruch – Rechtspolitische Folgerungen – Anerkennung des Leidens der Opfer sexuellen Missbrauchs in jeglicher Hinsicht« des Rundes Tisches »Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich« (RTKM) (2012) Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden. JAmt 3: 140–145

Auchter-Mainz E (1995) »Kindesmisshandlung« – Überlegungen und Hinweise aus juristischer Sicht. Relevanz für das Rettungsteam? Rettungsdienst 18: 28–32

Bender D (2002) Grenzen der Schweigepflicht des Arztes bei Kenntnis von Misshandlungen oder entwürdigende Behandlungen durch Eltern. Medizinrecht, S. 626–630

Betmann C (2004) Das Adhäsionsverfahren im Lichte des Opferrechtsreformgesetzes. Kriminalistik, S. 567–572

BGH, Urt. v. 03.07.2003 – 4 StR 190/03. Verdacht der Misshandlung einer Schutzbefohlenen (Säugling). In: Dettmeyer R (Hrsg) (2005) Rechtsreport. Rechtsmedizin 15: 191–193

BGH, Beschl. v. 17.07.2007 – 4 StR 242/07. Verminderte Schuldfähigkeit bei Pädophilie. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 20: 116–117

Billaud C, Boess M (2006) Kinderpornografie. Gesetzeslage, Kennzahlen, Repression und Prävention in der Schweiz. Kriminalistik: 269–277

Billaud C, Boess M (2006) Kinderpornografie – Gesetzeslage, Kennzahlen, Repression und Prävention in der Schweiz. Kriminalistik, S. 269–277

Bohne S (2005) Die Rechtsstellung des Verletzten im Ermittlungsverfahren. Kriminalistik, S. 166–174

Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschl. v. 24.09.2009 – 1 BvR 1231/04. Pornografische Darbietungen im Internet an Minderjährige. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 20: 117–118

Debertin AS (2011) Bessere Strukturen für den Kinderschutz in Niedersachsen. Institut für Rechtsmedizin der MHH bietet niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten diagnostische Unterstützung bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung und -missbrauch. Niedersächsisches Ärzteblatt Heft 1, S. 52–53

Dern H (2009) Sexuell assoziierte Tötungsdelikte an Kindern. Teil 1: Empirische Befunde. Kriminalistik 2009, S. 603–611

Dettmeyer R (2003) Die Haftung des gerichtlichen Sachverständigen – der § 839a BGB. In: Dettmeyer R (Hrsg) Rechtsreport. Rechtsmedizin 13: 329–334

Dettmeyer R (2006) Medizinische Maßnahmen zum Zwecke der Beweissicherung. In: Dettmeyer R, Medizin & Recht. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, 2. Aufl., S. 311–336

Dettmeyer R (2009) Schmerzensgeld wegen unrechtmäßigen Kindesentzugs. LG München I – Urt. v. 07.01.2009. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 19: 239–241

Dettmeyer R, Parzeller M, Laux J et al. (2011) Medizinische und rechtliche Aspekte der Genitalverstümmelung bzw. Beschneidung. Teil II: Die rituelle Zirkumzision. Arch Kriminol 227: 85–101

Dettmeyer R (2012) Kindesmissbrauch und Opferentschädigung – aus medizinischer Sicht. Der Medizinische Sachverständige 108: 63–68

Dettmeyer R (2013) Das Bundeskinderschutzgesetz vom 22.12.2011 – Anmerkung. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 23: 420–421

Dettmeyer R (2015) Doppelte Aktenführung bzw. Extra-Akte bei Verdacht auf Kindesmisshandlung durch die Sorgeberechtigten. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsmedizin 25: 485–486

Fegert JM (1995) Kinderpsychiatrische Begutachtung und die Debatte um den Missbrauch mit dem Missbrauch. Z Kinder- u. Jugendpsychiatrie 23: 9–19

Glöser S (1996) Sexueller Missbrauch von Kindern. In der Mehrzahl der Fälle Verzicht auf Strafanzeige. Dtsch Ärztebl 93 (1996) C-172

Hermanutz M, Adler F (2009) Strukturierte Kindervernehmung mit der Bildkartenmethode. Kriminalistik, S. 623–629

Karle M, Clauß M (1999) Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung in vormundschaftsgerichtlichen Verfahren. Familie und Recht (FuR), S. 150–153

Kley E (2007) Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Sexuelle Gewalt gegen Kinder – ein ubiquitäres gesellschaftliches Phänomen? Kriminalistik, S. 455–463

Klosinskis G (2000) Kinderpsychiatrische Begutachtung im Rahmen des Haager Kindesentführungsabkommens. Familie und Recht (FuR), S. 408–416

Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden. Empfehlungen der Arbeitsgruppe II des BMJ. JAmt Heft 03/2012, S. 140–145

LG Bonn, Urt. v. 15.11.2006 – Az 22 S 56. Schwangerschaft einer 13-Jährigen nach Vergewaltigung mit Anm. Dettmeyer. In: Dettmeyer R (Hrsg) (2008) Rechtsreport. Rechtsmedizin 18: 116–124

LG Köln, Beschl. v. 09.11.2002 – 102 – 57/01. Zum Zeugnisverweigerungsrecht von Betreuern einer »Babyklappe«. In: Dettmeyer R (Hrsg) (2003) Rechtsreport. Rechtsmedizin 13: 52–53

LG Köln, Urt. v. 07.05.2012 – 151 Ns 169/11. Zur Rechtmäßigkeit von Knabenbeschneidungen aufgrund Einwilligung der Eltern. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 22: 489–494 mit Anm. Dettmeyer

LG Berlin, Urt. v. 11.05.2012 – 36 O 388/07. Zur Offenbarungsbefugnis bei Hinweisen auf Kindesmisshandlung. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport 24: 125–128 mit Anm. Dettmeyer

Martinius J (1999) Zum Standard der Glaubwürdigkeitsbegutachtung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 27: 121–124

Myers WC, Brasington ST (2002) A father marries his daughters: a case of incestuous polygamy. J Forensic Sciences 47: 1112–1116

Nevermann-Jaskolla U (2004) Das Kind als Opferzeuge im Strafverfahren – Würzburger Schriften zur Kriminalwissenschaft Bd. 15. Frankfurt a. M.

Nisse R (2009) Kindeswohlgefährdung und Maßnahmen der Polizei. Kriminalistik, S. 613–622

Oehmichen M (1993) Rechtliche Fragen im Zusammenhang mit Kindsmisshandlung und sexuellem Missbrauch. In: Kruse K, Oehmichen M (Hrsg.) Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. Rechtsmedizinische Forschungsergebnisse, Band 5. Schmidt-Römhild, Lübeck, S. 105–124

Paulus M (2013) Kinder- und Opferschutz bei sexuellem Missbrauch. Unter den Runden Tisch gekehrt, mit Füßen getreten und als Erfolg verkauft? Kriminalistik Heft 3: 163–169

Putzke H, Stehr M, Dietz HG (2008) Strafbarkeit der Zirkumzision. Monatsschr Kinderheilkde 156: 783–788

Robino C, Barilaro MR, Gino S, Chiarle R, Palestro G, Torre C (2006) Incestuous paternity detected by STR-typing of chorionic villi isolated from archival formalin-fixed paraffin-embedded abortion material using laser microdissection. J Forensic Sciences 51: 90–92

Rohloff S, Ruhländer A (2004) Entwicklungsmöglichkeiten in der polizeilichen Vernehmungspraxis. Kriminalistik, S. 518–522

Schimke HJ (2011) Das neue Bundeskinderschutzgesetz – erste Einschätzungen und Perspektiven. JAmt Heft 12, S. 621–628

Schnitker A (1993) Die Zeugenfähigkeit und Glaubhaftigkeit bei Kindern. In: Kruse K, Oehmichen M (Hrsg) Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. Rechtsmedizinische Forschungsergebnisse, Band 5. Schmidt-Römhild, Lübeck, S. 97–103

Soyer R, Streinz L (2014) Opferrechte in Österreich. StraFo Heft 6: 235–239

Stehr M, Schuster T, Dietz HG et al. (2001) Die Zirkumzision – Kritik an der Routine. Klin Pädiatr 213: 50–55

Steller M (1997) Grundlagen und Methoden der Glaubwürdigkeitsbegutachtung bei Kinderaussagen über sexuellen Missbrauch. In: Warnke A, Trott GE, Remschmidt H (Hrsg) Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Huber, Bern Göttingen Toronto

Stevens A, Foerster K (2002) Psychiatrische Begutachtung der Folgen kindlichen Missbrauchs nach dem Opferentschädigungsgesetz. Med Sach 98: 172–177

Szibor R (2004) Inzest und Konsanguinität. Eine Übersicht unter biologischen, soziologischen, klinisch-genetischen und rechtsmedizinischen Aspekten. Rechtsmedizin 14: 387–395

Tries R (1996) Schweigepflicht bei Kindesmisshandlungen. Hinweise für die Praxis. Rettungsdienst 19: 46–48

Tröndle H (1992) Verordnung von Kontrazeptiva an Minderjährige – eine Straftat? Medizinrecht: 320–325

Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention) vom 20. November 1989, am 26. Januar 1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet am 6. März 1992, am 5. April 1992 für Deutschland in Kraft getreten. Bekanntmachung vom 10. Juli 1992 – BGBl. II S. 990

von Klitzing K (1990) Glaubwürdigkeitsbegutachtung von Kindern und Jugendlichen in der Frage des sexuellen Missbrauchs. Acta Paedopsych 53: 181–191

Winkler R (1998) Begutachtung von Folgen sexuellen Missbrauchs im Kindes- und Jugendalter nach dem Opferentschädigungsgesetz. Med Sach 94: 91–95

Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch im Strafgesetzbuch

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_19,

Das Strafgesetzbuch (StGB) unterscheidet die Körperverletzungsdelikte (17. Abschnitt des StGB – Straftaten gegen die körperliche Unversehrtheit) von den Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung (13. Abschnitt des StGB). Der strafrechtliche Schutz des Menschen beginnt erst mit der Geburt, d. h. mit dem Einsetzen der Presswehen (beim Kaiserschnitt mit dem Ansetzen des Skalpells), während die zivilrechtliche Rechtsfähigkeit des Menschen erst mit der Vollendung der Geburt beginnt (§ 1 BGB). Grundsätzlich ist damit nach Einsetzen der Presswehen ein Tötungsdelikt, also auch Mord (§ 211 StGB) und Totschlag (§§ 212, 213 StGB) möglich, davor gilt strafrechtlich der Schutz des ungeborenen Lebens gem. §§ 218 ff. StGB. Die Misshandlung einer Schwangeren mit der Folge einer Fehlgeburt ist somit strafrechtlich ein Körperverletzungsdelikt und ein strafbarer Schwangerschaftsabbruch, aber kein Tötungsdelikt zum Nachteil des Embryos bzw. Feten.

19.1 Körperverletzungsdelikte

Wie alle Menschen werden auch Säuglinge, Kleinkinder und Kinder vom Schutzbereich der Körperverletzungsdelikte des Strafgesetzbuches (Tab. 19.1) erfasst. Wenn der Gesetzestext nicht ausdrücklich fahrlässiges Handeln unter Strafe stellt, dann ist der jeweilige Tatbestand nur bei vorsätzlichem Handeln erfüllt (§ 15 StGB).

Im Rahmen der Beweisaufnahme in der Hauptverhandlung sind später die Tatbestände der Körperverletzungsdelikte des Strafgesetzbuches vom Gericht festzustellen. Dabei ist in zahlreichen Fällen medizinischer Sachverstand erforderlich. Dies gilt

Tab. 19.1 Körperverletzungsdelikte des Strafgesetzbuches

Vorschrift	Regelungsinhalt
§ 223 StGB	Körperverletzung – körperliche Misshandlung oder Gesundheitsbeschädigung
§ 224 StGB	Gefährliche Körperverletzung - durch Beibringung von Gift - mittels einer Waffe oder eines anderen gefährlichen Werkzeugs - mittels eines hinterlistigen Überfalls - mittels einer das Leben gefährdenden Behandlung
§ 225 StGB	Misshandlung von Schutzbefohlenen Personen < 18 Jahren, gebrechliche Personen, durch Krankheit wehrlose Personen - die der Fürsorge oder Obhut des Täters unterstehen - die seinem Hausstand angehören - von dem Fürsorgepflichtigen seiner Gewalt überlassen worden oder - ihm im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet sind
§ 226 StGB	Schwere Körperverletzung – hat zur Folge, dass die verletzte Person - das Sehvermögen auf einen oder beiden Augen, das Gehör, das Sprechvermögen oder die Fortpflanzungsfähigkeit verliert - ein wichtiges Glied seines Körpers verliert oder dauernd nicht mehr gebrauchen kann - in erheblicher Weise dauernd entstellt wird oder in Siechtum, Lähmung oder geistige Krankheit oder Behinderung verfällt
§ 226a StGB	Verstümmelung weiblicher Genitalien
§ 227 StGB	Körperverletzung mit Todesfolge – Täter verursacht den Tod durch die Körperverletzung (§§ 223 bis 226 StGB)
§ 229 StGB	Fahrlässige Körperverletzung
§ 230 StGB	Strafantrag – Vorsätzliche Körperverletzung nach § 223 und fahrlässige Körperverletzung nach § 229 werden nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, die Staatsanwaltschaft bejaht das besondere öffentliche Interesse an der Strafverfolgung

z. B. für die Frage, ob eine »das Leben gefährdende Behandlung« vorlag (insbesondere etwa, wenn das Opfer gewürgt wurde) oder für die Frage der Schwere einer Verletzung und für medizinisch-prognostische Aspekte.

19.2 Sexualstrafrecht zum Schutz von Minderjährigen

Der 13. Abschnitt des Strafgesetzbuches trägt die Überschrift: »Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung« und umfasst die §§ 174 bis 184g StGB. Diese Regelungen dienen auch dem Schutz von Kindern bzw. Minderjährigen (Tab. 19.2).

Zum Missbrauch im Rahmen eines Abhängigkeitsverhältnisses bei Schutzbefohlenen hat der Bundesgerichtshof klargestellt:

> Von einem Missbrauch der Abhängigkeit kann erst gesprochen werden, wenn der Täter seine Macht gegenüber dem Schutzbefohlenen erkennt und die auf ihr beruhende Abhängigkeit zu sexuellen Handlungen ausnutzt, wobei beiden Teilen der Zusammenhang zwischen Abhängigkeitsverhältnis und den sexuellen Handlungen bewusst ist (BGH Urt. v. 28.01.1992 – 1 StR 336/91; NStZ 1993, 223).

Diese Klarstellung des BGH führt im Ergebnis dazu, dass der Straftatbestand nur verwirklicht sein kann, wenn das kindliche Opfer bereits in der Lage ist, das Abhängigkeitsverhältnis zum Täter zu realisieren und es gerade deshalb zu sexuellen Handlungen kommt, weil auch dem Opfer bewusst ist, dass es sonst aufgrund des Abhängigkeitsverhältnisses zum Täter Nachteile zu befürchten hat. Die Ausnutzung des Abhängigkeitsverhältnisses beinhaltet insoweit wohl eine Nötigungskomponente, und das Opfer wird zusätzlich psychisch unter Druck gesetzt, es möge sexuelle Handlungen zumindest (er)dulden zur Vermeidung von Sanktionen. Erdulden als Folge eines bestehenden Abhängigkeitsverhältnisses bedeutet dann in keinster Weise eine irgendwie geartete Zustimmung zum Handeln des Täters oder die bewusste und gewollte Mitwirkung an dessen Tat im Sinne einer positiv erteilten Einwilligung. Bei sehr kleinen Kindern und Säuglingen kommt, mangels der Fähigkeit, das Abhängigkeitsverhältnis zu realisieren, folgt man dem BGH, der Straftatbestand des Missbrauchs der Abhängigkeit nicht in Betracht.

Tab. 19.2 Sexualstrafrecht zum Schutz von Minderjährigen im Strafgesetzbuch

Vorschrift	Regelungsinhalt
§ 174 StGB	Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen (< 18 Jahren)
§ 174a StGB	Sexueller Missbrauch von Gefangenen, behördlich Verwahrten oder Kranken und Hilfsbedürftigen in Einrichtungen
§ 174b StGB	Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung einer Amtsstellung
§ 174c StGB	Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses
§ 176 StGB	Sexueller Missbrauch von Kindern
§ 176a StGB	Schwerer sexueller Missbrauch von Kindern
§ 176b StGB	Sexueller Missbrauch von Kindern mit Todesfolge
§ 180 StGB	Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger

Daneben finden sich weitere strafrechtliche Schutznormen speziell zum sexuellen Missbrauch von Kindern und Jugendlichen ebenfalls im 13. Abschnitt des StGB. Die Bestrafung des sexuellen Missbrauchs von Kindern erfolgt seit dem 6. Strafrechtsgesetz vom 26.01.1998 nach den drei Tatbeständen der §§ 176, 176a und 176b StGB. § 176 StGB bildet den Grundtatbestand:

§ 176 StGB [Sexueller Missbrauch von Kindern]
(1) Wer sexuelle Handlungen an einer Person unter vierzehn Jahren (Kind) vornimmt oder an sich von dem Kind vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren bestraft.
(2) Ebenso wird bestraft, wer ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen an einem Dritten vornimmt oder von einem Dritten an sich vornehmen lässt.
(3) In besonders schweren Fällen ist auf Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr zu erkennen.

(4) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer
1. sexuelle Handlungen vor einem Kind vornimmt
2. ein Kind dazu bestimmt, dass es sexuelle Handlungen an sich vornimmt, soweit die Tat nicht nach Absatz 1 oder Absatz 2 mit Strafe bedroht ist,
3. auf ein Kind durch Schriften (§ 11 Abs. 3) oder mittels Informations- oder Kommunikationstechnologie einwirkt, um
   a. das Kind zu sexuellen Handlungen zu bringen, die es an oder vor dem Täter oder einer dritten Person vornehmen oder von dem Täter oder einer dritten Person an sich vornehmen lassen soll, oder
   b. um eine Tat nach § 184b Absatz 1 Nummer 3 oder nach § 184b Absatz 3 zu begehen, oder
4. auf ein Kind durch Vorzeigen pornografischer Abbildungen oder Darstellungen, durch Abspielen von Tonträgern pornografischen Inhalts, durch Zugänglichmachen pornographischer Inhalte mittels Informations- und Kommunikationstechnologie oder durch entsprechende Reden einwirkt.

(5) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer ein Kind für eine Tat nach den Absätzen 1 bis 4 anbietet oder nachzuweisen verspricht oder wer sich mit einem anderen zu einer solchen Tat verabredet.
(6) Der Versuch ist strafbar; dies gilt nicht für Taten nach Absatz 4 Nr. 3 und 4 und Absatz 5.

Als sexuelle Handlungen im Sinne des § 176 Abs. 1 StGB werden Verhaltensweisen angesehen, die schon nach ihrem äußeren Erscheinungsbild für das allgemeine Verständnis eine Sexualbezogenheit erkennen lassen; die Motive des Täters sind im Einzelfall rechtlich ohne Bedeutung. Somit können sehr unterschiedlich intensive Handlungen als sexuelle Handlungen interpretiert werden. Folgerichtig hat der Bundesgerichtshof die Vornahme sexueller Handlungen sowohl in einem Fall mit schwersten Verletzungen als auch in einem Fall ohne jeden Körperkontakt bejaht und dazu einerseits formuliert:

» Die Wertung der Strafkammer liegt im Rahmen des aus dem äußeren Erscheinungsbild erwachsenden Verständnisses. Ihre Ansicht, dass zu schwersten Verletzungen führende Versuche, einen »stumpfen zylindrischen Gegenstand« in die Scheide und den After eines 4½ Monate alten Kindes einzuführen, objektiv eine Beziehung zum Geschlechtlichen haben, kann nicht als rechtsfehlerhaft beanstandet werden. Dass sich der Angeklagte der Sexualbezogenheit seines Handelns bewusst war, ist festgestellt. Welche Motive ihn bewegten, ist ohne rechtliche Bedeutung. Wut oder aggressiv-sadistische Tendenzen schlossen die Sexualbezogenheit nicht aus (BGH, Urt. v. 09.11.1982 – 1 StR 672/82; NStZ 1983, 167).

Andererseits bedarf es für die Erfüllung des Kriteriums der sexuellen Handlung nicht zwingend eines Körperkontakts:

» Die Auffassung der Strafkammer, der Angeklagte habe … die 13-jährige Zeugin S dazu bestimmt, sexuelle Handlungen vor ihm vorzunehmen, ist nicht zu beanstanden. Dass die Zeugin ihren Oberkörper vor ihm entblößt und ihm Gelegenheit gegeben hat, diesen in »einer geraumen Weile« zu betrachten, wobei der Angeklagte sexualbezogene Fragen stellte, ist … eine sexualbezogene Handlung, was das Kind im Übrigen erkannt hat (BGH, Beschl. v. 22.08.1984 – 3 StR 321/84; NStZ 1985, 24).

Soweit es zu einem mehrfachen bzw. vielzeitigen sexuellen Missbrauch eines Kindes gekommen ist, spielt das Alter des Opfers bei der Zuordnung zu einem Straftatbestand eine große Rolle, entscheidend ist die Vollendung des 14. Lebensjahres. Zu strafbaren Einzelakten vor und nach der Vollendung des 14. Lebensjahres heißt es in einem Urteil des Bundesgerichtshofes:

» Bei einer fortgesetzten Sexualstraftat, deren Einzelakte vor und nach der Vollendung des 14. Lebensjahres des Opfers liegen, bedarf es klarer Feststellungen darüber, bei (mindestens) wieviel Einzelakten § 176 erfüllt ist und bei wieviel Einzelakten (nur) andere Straftatbestände erfüllt sind … Dies folgt daraus, dass sexu-

elle Handlungen zum Nachteil eines Kindes gemäß § 176 stets strafbar sind, während sexuelle Handlungen nach Vollendung des 14. Lebensjahres nur bei Hinzutreten weiterer Voraussetzungen – hier des Umstands, dass der Angeklagte Vater der Geschädigten ist – strafbar sind (BGH, Urt. v. 05.03.1992 – 1 StR 716/91 – NStZ 1993, 224).

Aus der Fülle der Einzelentscheidungen des Bundesgerichtshofs zum Sexualstrafrecht mit minderjährigen Opfern ist auch auf solche hinzuweisen, die jene Schwelle beschreiben, bei der von einer solchen Erheblichkeit des Handelns des Täters auszugehen ist, dass zumindest die Versuchsstrafbarkeit oder der entsprechende Straftatbestand zu bejahen ist. Zu derartigen Fällen gehört etwa der Griff an die (bekleidete) Brust eines Kindes oder Berührungen über der Hose; Taten, die von den Tätern nicht selten als bloß kurze, leichte, versehentliche oder im Grunde belanglose Berührungen abgetan bzw. verharmlost werden.

- **Fallbeispiele**

Griff an die Brust Ob die Schwelle der Erheblichkeit überschritten ist, bestimmt sich nach dem Grad der Gefährlichkeit der Handlung für das jeweils betroffene Rechtsgut; unter diesem Gesichtspunkt belanglose Handlungen scheiden aus. Von Bedeutung sind dabei v. a. Art, Intensität und Dauer des sexualbezogenen Vorgehens, zusätzlich der Handlungsrahmen, in dem der unmittelbar sexualbezogene Akt begangen wird, sowie die Beziehung der Beteiligten untereinander (BGH NSTZ 1983, 553; 1985, 14).

Das Vorgehen des Angeklagten, das nicht nur aus »flüchtigen« oder »zufälligen« Berührungen bestand, bedeutet einen erheblichen Eingriff in die … geschützte ungestörte geschlechtliche Entwicklung des Kindes, … das dieses Verhalten, und damit auch den Griff an die – nur von einem Bustier bedeckte – Brust, als unangenehm, komisch, sogar als belastend empfand und heute noch darunter leidet. Dazu kommen das erheblich unter der Schutzgrenze liegende Alter des Kindes, das der Angeklagte selbst auf 11 Jahre schätzte, sowie die von Letzterem für seine Übergriffe geschaffene Atmosphäre (BGH, Urt. v. 06.05.1992 – 2 StR 490/91; NSTZ 1992, 432).

Berührungen über der Hose Was die abgeurteilte Tat angeht, so hat der Tatrichter ohne Rechtsverstoß die »heftigen« Berührungen, die der Beschuldigte über der Hose an Scheide und After des 7¾ Jahre alten, im Fahrstuhl eingeschlossenen Mädchens in »aufkommender sexueller Erregung« vorgenommen hat, als sexuellen Missbrauch aufgefasst (BGH, Beschl. v. 22.12.1992 – 5 StR 637/92 – NStZ 1993, 228).

Zugleich zeigen die beiden Beispiele zu den Berührungen der bekleideten Brust bzw. über der Hose, dass eine genaue zeitnahe Dokumentation der Schilderungen von Zeugen und auch des Opfers entscheidend sein können, nicht nur für die strafrechtliche Beurteilung.

Als neue Sonderform einer stärker zu bestrafenden Tat bzw. als neue Verbrechensqualifikation wurde § 176a StGB eingeführt: »Schwerer sexueller Missbrauch von Kindern«. Dabei wurden neue qualifizierende Merkmale geschaffen, wie z. B. die Vornahme des Beischlafs und andere Penetrationshandlungen, Missbrauch in der Absicht, die Tat zum Gegenstand pornografischer Darstellungen zu machen (aber auch § 184b Abs. 3 StGB, für das gewerbsmäßige und bandenmäßige Verbreiten pornografischer Darstellungen von sexuellem Kindesmissbrauch mit erhöhter Strafobergrenze auf 10 Jahre Freiheitsentzug).

§ 176a StGB [Schwerer sexueller Missbrauch von Kindern]

(1) Der sexuelle Missbrauch von Kindern wird in den Fällen des § 176 Abs. 1 und 2 mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft, wenn der Täter innerhalb der letzten fünf Jahre wegen einer solchen Strafe rechtskräftig verurteilt worden ist.

(2) Der sexuelle Missbrauch von Kindern wird in den Fällen des § 176 Abs. 1 und 2 mit Freiheitsstrafe nicht unter zwei Jahren bestraft, wenn

1. eine Person über achtzehn Jahren mit dem Kind den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an ihm vornimmt oder an sich von ihm vornehmen lässt, die mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind,
2. die Tat von mehreren gemeinschaftlich begangen wird oder
3. der Täter das Kind durch die Tat in die Gefahr einer schweren Gesundheitsbeschädigung oder einer erheblichen Schädigung der körperlichen oder seelischen Entwicklung bringt.

(3) Mit Freiheitsstrafe nicht unter zwei Jahren wird bestraft, wer in den Fällen des § 176 Abs. 1 bis 3, 4 Nr. 1 oder Nr. 2 oder des § 176 Abs. 6 als Täter oder anderer Beteiligter in der Absicht handelt, die Tat zum Gegenstand einer pornographischen Schrift (§ 11 Abs. 3) zu machen, die nach § 184b Abs. 1 oder 2 verbreitet werden soll.
(4) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen des Absatzes 2 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.
(5) Mit Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren wird bestraft, wer das Kind in den Fällen des § 176 Abs. 1 bis 3 bei der Tat körperlich schwer misshandelt oder durch die Tat in die Gefahr des Todes bringt.
(6) …

Das Eindringen in den Körper im Sinne des § 176a Abs. 2 Nr. 1 StGB verlangt nach dem Wortlaut des Gesetzes ausdrücklich nicht das Eindringen des männliches Gliedes zumindest bis in den Scheidenvorhof. Es wird ausdrücklich festgelegt, dass »ähnliche« sexuelle Handlungen zur Verwirklichung des Straftatbestandes des schweren sexuellen Missbrauchs eines Kindes ausreichen, wenn diese »ähnlichen« Handlungen ebenfalls mit einem »Eindringen in den Körper« verbunden sind. Darunter fallen penetrierende Handlungen insbesondere der Analregion und das Eindringen in den Körper mit Gegenständen, z. B. wenn der Täter mit einem oder mehreren Fingern in die Scheide eindringt.

Neben der Frage des Eindringens in den Körper ist auch die Frage nach einem erfolgten Samenerguss bedeutsam und ob der erzwungene Geschlechtsverkehr »geschützt« oder »ungeschützt« stattfand im Hinblick auf den denkbaren Eintritt einer Schwangerschaft oder die Übertragung z. B. einer HIV-Infektion. Diese Punkte sollen bei der Frage der Strafzumessung berücksichtigt werden. In zwei Entscheidungen nahm der Bundesgerichtshof dazu Stellung und verlangt insoweit vom Gericht dazu entsprechende Ausführungen in den Urteilsgründen.

» Dass der Beischlaf ungeschützt stattfand, kann beim Verbrechen der Vergewaltigung bei der Strafzumessung zu Lasten des Täters berücksichtigt werden … Eine strafschärfende Wertung hängt aber im Einzelfall davon ab, ob dem Täter aus dieser Art der Tatausführung ein erhöhter Schuldvorwurf unter dem Gesichtspunkt der Gefahr unerwünschter Zeugung (und/oder einer HIV-Infektion) gemacht werden kann … (BGH, Urt. v. 06.03.1992 – 2 StR 581/91 – NStZ 1993, 225).

» Sollte der Tatrichter sich aus Rechtsgründen gehindert sehen, strafschärfend zu berücksichtigen, dass der Angeklagte den Geschlechtsverkehr bis zum Samenerguss durchgeführt hat, so wäre das rechtsfehlerhaft (BGHSt 37, 153). Sollte der Tatrichter hingegen gemeint haben, im Einzelfall den Samenerguss nicht strafschärfend berücksichtigen zu sollen, so hätte dies der Begründung bedurft (BGH, Urt. v. 11.08. 1992 – 5 StR 297/92 – NStZ 1993, 225).

Wie bei den Körperverletzungsdelikten und weiteren Bestimmungen des Sexualstrafrechts bedarf es häufig medizinischen Sachverstands, um festzustellen, ob das Kind im Sinne des § 176a Abs. 2 Nr. 3 StGB durch die Tat

- in die Gefahr einer schweren Gesundheitsbeschädigung,
- einer erheblichen Schädigung der körperlichen Entwicklung,
- einer erheblichen Schädigung der seelischen Entwicklung

gebracht wurde. Es reicht die Herbeiführung der »Gefahr« einer solchen Schädigung, die Schädigung muss sich nicht realisiert haben. Dies gilt auch für die »Gefahr des Todes« im Sinne von § 176a Abs. 5 StGB.

Ob das Kind in die Gefahr des Todes gebracht wurde, sei es durch komprimierende Gewalt gegen den Hals (Würgen, Drosseln) oder durch ein Liegenlassen an einem einsamen Ort mit drohendem Verbluten, ist auch aus medizinischer Sicht zu beurteilen.

Fälle, in denen der Täter dem Opfer schwere Kopfverletzungen mit intrakraniellen Blutungen beigebracht hat, jedoch z. B. durch Einsperren des Opfers das Aufsuchen ärztlicher Hilfe verhindert, sind § 176b StGB zuzuordnen, wenn die übrigen Tatbestandsvoraussetzungen gegeben sind. Dass

der Gesetzgeber Fälle von sexuellem Missbrauch mit tödlichem Verlauf härter bestraft sehen will, verdeutlicht § 176b StGB mit Erhöhung des Strafrahmens auf mindestens 10 Jahre. Die wenigstens leichtfertige Herbeiführung des Todes des missbrauchten Kindes kann auch die lebenslange Freiheitsstrafe zur Folge haben.

§ 176b StGB [Sexueller Missbrauch von Kindern mit Todesfolge]
Verursacht der Täter durch den sexuellen Missbrauch (§§ 176 und 176a) wenigstens leichtfertig den Tod des Kindes, so ist die Strafe lebenslange Freiheitsstrafe oder Freiheitsstrafe nicht unter zehn Jahren.

Voraussetzung des § 176b StGB ist nach dem Wortlaut, dass der Tod des Kindes gerade »durch« den sexuellen Missbrauch verursacht wurde. Damit werden jene Fälle erfasst, bei denen durch die sexuelle Missbrauchshandlung selbst derart schwere Verletzungen gesetzt werden, dass der Tod als Folge dieser Verletzungen eintritt. Insbesondere ist hier zu denken an genitale Verletzungen mit anschließendem Verbluten des Opfers. Wird das kindliche Opfer erst nach dem sexuellen Missbrauch getötet, etwa zur Verdeckung des sexuellen Missbrauchs bzw. weil es den Täter identifizieren könnte, dann ist ein Mordmerkmal im Sinne des § 211 StGB gegeben (Tötung zur Verdeckung einer Straftat).

Das Bundesverfassungsgericht hat die im Jahr 1994 eingeführte Regelung, wonach die Verjährungsfrist bei Fällen des sexuellen Missbrauchs von Kindern erst mit dem 18. Lebensjahr des Opfers beginnt, als verfassungsgemäß angesehen, insbesondere auch die rückwirkende Anwendung dieser Regelung auf sog. »Altfälle«, also auf vor 1994 begangene Straftaten (BVerfG, 2 BvR 104/2000). Mittlerweile wurde § 78b StGB erneut geändert. Jetzt ruht die Verjährung bis zum 30. Lebensjahr des Opfers und beträgt dann je nach Straftatbestand in den meisten Fällen drei bis zehn Jahre. In diesen Fällen kann das Opfer bis zu seinem 33. bis 40. Lebensjahr gegen den Täter/die Täterin strafrechtlich vorgehen, gerade auch wenn die Taten während der Minderjährigkeit des Opfers stattfanden.

Tab. 19.3 Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung im Strafgesetzbuch (Alter des Opfers nicht von Belang)

Vorschrift	Regelungsinhalt
§ 177 StGB	Sexuelle Nötigung; Vergewaltigung
§ 178 StGB	Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung mit Todesfolge
§ 179 StGB	Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen

Damit beginnt die Verjährung bei sexuellem Missbrauch von Kindern erst mit dem 18. Lebensjahr des Opfers. Zur Begründung heißt es (BT-Drs. 15/350):

» Die Vorschrift des § 78b StGB soll dem Umstand Rechnung tragen, dass Kinder und Jugendliche, die Opfer eines sexuellen Missbrauchs geworden sind, entwicklungsbedingt oder unter dem Druck der Familie oder sonstiger nahe stehender Personen nicht in der Lage sind, innerhalb der sonst vorgesehenen Verjährungszeit Strafanzeige zu erstatten.

Weiterhin gibt es Strafrechtsnormen, die nicht speziell Kinder bzw. Minderjährige als Opfer benennen, die aber nach ihrem Wortlaut auch den strafrechtlichen Schutz Nichterwachsener bezwecken (Tab. 19.3).

§ 177 StGB [Sexuelle Nötigung; Vergewaltigung]
(1) Wer eine andere Person
1. mit Gewalt,
2. durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben oder
3. unter Ausnutzung einer Lage, in der das Opfer der Einwirkung des Täters schutzlos ausgeliefert ist,

nötigt, sexuelle Handlungen des Täters oder eines Dritten an sich zu dulden oder an dem Täter oder einem Dritten vorzunehmen, wird mit Freiheitsstrafe nicht unter einem Jahr bestraft.
(2) In besonders schweren Fällen ist die Freiheitsstrafe nicht unter zwei Jahren. Ein besonders schwerer Fall liegt in der Regel vor, wenn
1. der Täter mit dem Opfer den Beischlaf vollzieht oder ähnliche sexuelle Handlungen an

dem Opfer vornimmt oder an sich von ihm vornehmen lässt, die dieses besonders erniedrigen, insbesondere, wenn sie mit einem Eindringen in den Körper verbunden sind (Vergewaltigung), oder
2. die Tat von mehreren gemeinschaftlich begangen wird.

(3) Auf Freiheitsstrafe nicht unter drei Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter
1. eine Waffe oder ein anderes gefährliches Werkzeug bei sich führt,
2. sonst ein Werkzeug oder Mittel bei sich führt, um den Widerstand einer anderen Person durch Gewalt oder durch Drohung mit Gewalt zu verhindern oder zu überwinden, oder
3. das Opfer durch die Tat in die Gefahr einer schweren Gesundheitsschädigung bringt.

(4) Auf Freiheitsstrafe nicht unter fünf Jahren ist zu erkennen, wenn der Täter
1. bei der Tat eine Waffe oder ein anderes gefährliches Werkzeug verwendet oder
2. das Opfer
   a. bei der Tat körperlich schwer misshandelt oder
   b. durch die Tat in die Gefahr des Todes bringt.

(5) In minder schweren Fällen des Absatzes 1 ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu fünf Jahren, in minder schweren Fällen der Absätze 3 und 4 auf Freiheitsstrafe von einem Jahr bis zu zehn Jahren zu erkennen.

Während bei § 224 StGB auch darauf abgestellt wird, ob aus medizinischer Sicht aufgrund der Gewalteinwirkung eine »das Leben gefährdende Behandlung« vorgelegen hat, reicht bei § 177 Abs. 1 StGB bereits die »Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben«. Entscheidend ist die Intensität der Drohung bzw. der angedrohten Gewalt.

Der Bundesgerichtshof hat hier allein schon die Drohung mit der Vergewaltigung als »Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben« angesehen und ausgeführt:

» Nach der Rechtsprechung des BGH erfordert das Merkmal der Drohung mit Gefahr für Leib oder Leben eine gewisse Schwere des in Aussicht gestellten Angriffs auf die körperliche Unversehrtheit. Der Senat hat … bereits früher hervorgehoben, dass die Androhung gegenüber einer 11-jährigen Tochter, mit ihr gegen ihren Willen den Geschlechtsverkehr auszuführen, mehr als nur die Androhung einer letztlich nicht sehr bedeutsamen Beeinträchtigung der körperlichen Integrität ist; sie ist in ihrem Gewicht mit der Androhung etwa einer Ohrfeige nicht vergleichbar … Eine solche – hier konkret in Aussicht gestellte – Verletzung der körperlichen Integrität … ist unter den gegebenen Umständen ersichtlich von solcher Intensität und Erheblichkeit, dass sie die Voraussetzungen gegenwärtiger Leibesgefahr für das Opfer (im Sinne des § 177 Abs. 1 Nr. 2 StGB) erfüllt (BGH, Urt. v. 17.10.2000 – 1 StR 270/00; NStZ 2001, 246).

Auch ohne dass ein Täter selbst körperlichen Kontakt zum Opfer hat, können Sexualstraftaten verwirklicht werden (sog. »Hands-off-Taten«). Dazu gehören z. B. solche Taten, bei denen der Täter des sexuellen Kindesmissbrauchs das Opfer dazu bestimmt, sich an sich selbst sexuell zu betätigen. Die Anwesenheit des Täters unmittelbar vor Ort ist nicht erforderlich, es reicht eine Wahrnehmung mittels Informations- und Kommunikationstechnologie.

§ 180 StGB [Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger]

(1) Wer sexuellen Handlungen einer Person unter sechzehn Jahren an oder vor einem Dritten oder sexuellen Handlungen eines Dritten an einer Person unter sechzehn Jahren
1. durch seine Vermittlung oder
2. durch Gewähren oder Verschaffen von Gelegenheit

Vorschub leistet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft. Satz 1 Nr. 2 ist nicht anzuwenden, wenn der zur Sorge für die Person Berechtigte handelt; dies gilt nicht, wenn der Sorgeberechtigte durch das Vorschubleisten seine Erziehungspflicht gröblich verletzt.

(2) Wer eine Person unter achtzehn Jahren bestimmt, sexuelle Handlungen gegen Entgelt an oder vor einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen, oder wer solchen Handlungen durch seine Vermittlung Vorschub leistet, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

(3) Wer eine Person unter achtzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut oder im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, unter Missbrauch einer mit dem Erziehungs-, Ausbildungs-, Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis verbundenen Abhängigkeit bestimmt, sexuelle Handlungen an oder vor einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
(4) In den Fällen der Absätze 2 und 3 ist der Versuch strafbar.

Es folgen Paragrafen mit Regelungen zur Strafbarkeit der Ausbeutung von Prostituierten (§ 180a StGB) und zur Zuhälterei (§ 181a StGB). Speziell strafrechtlich geregelt ist auch der sexuelle Missbrauch von Jugendlichen.

§ 182 StGB [Sexueller Missbrauch von Jugendlichen]

(1) Wer eine Person unter achtzehn Jahren dadurch missbraucht, dass er unter Ausnutzung einer Zwangslage

1. sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt oder
2. diese dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen,

wird mit Freiheitsstrafe bis zu fünf Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
(2) Ebenso wird eine Person über achtzehn Jahren bestraft, die eine Person unter achtzehn Jahren dadurch missbraucht, dass sie gegen Entgelt sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt.
(3) Eine Person über einundzwanzig Jahre, die eine Person unter sechzehn Jahren dadurch missbraucht, dass sie

1. sexuelle Handlungen an ihr vornimmt oder an sich von ihr vornehmen lässt oder
2. diese dazu bestimmt, sexuelle Handlungen an einem Dritten vorzunehmen oder von einem Dritten an sich vornehmen zu lassen,

und dabei die fehlende Fähigkeit des Opfers zur sexuellen Selbstbestimmung ausnutzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.
(4) Der Versuch ist strafbar.
(5) In den Fällen des Absatzes 3 wird die Tat nur auf Antrag verfolgt, es sei denn, dass die Strafverfolgungsbehörde wegen des besonderen öffentlichen Interesses an der Strafverfolgung ein Einschreiten von Amts wegen für geboten hält.
(6) In den Fällen der Absätze 1 bis 3 kann das Gericht von Strafe nach diesen Vorschriften absehen, wenn bei Berücksichtigung des Verhaltens der Person, gegen die sich die Tat richtet, das Unrecht der Tat gering ist.

Regelung in § 5 Nr. 8b StGB: In diese Vorschrift sind nunmehr die §§ 176 bis 176b und 182 StGB einbezogen, sodass der Sextourismus deutscher Täter zum Nachteil ausländischer Minderjähriger unabhängig vom jeweiligen Tatort bestraft werden kann! Das heißt, aus dem Ausland zurückgekehrte Täter können in Deutschland für im Ausland begangene Straftaten gemäß §§ 176 bis 176b StGB und § 182 StGB bestraft werden.

Mit den §§ 183 bis 184a StGB folgen Vorschriften zur Strafbarkeit exhibitionistischer Handlungen, zur Erregung öffentlichen Ärgernisses, zur Verbreitung pornografischer Schriften (an Personen unter 18 Jahren) und zur Verbreitung gewalt- oder tierpornografischer Schriften. Gesondert geregelt sind die Verbreitung, der Erwerb und der Besitz kinderpornografischer Schriften. Dazu wurde mit § 184b StGB ein eigener Tatbestand für Kinderpornografie geschaffen.

§ 184b Abs. 1–3 StGB [Verbreitung, Erwerb und Besitz kinderpornographischer Schriften]

(1) Mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren wird bestraft, wer

1. eine kinderpornographische Schrift verbreitet oder der Öffentlichkeit zugänglich macht; kinderpornographisch ist eine Schrift (§ 11 Absatz 3), wenn sie zum Gegenstand hat:
   a. sexuelle Handlungen von, an oder vor einer Person unter vierzehn Jahren (Kind),
   b. die Wiedergabe eines ganz oder teilweise unbekleideten Kindes in unnatürlich geschlechtsbetonter Körperhaltung oder
   c. die sexuell aufreizende Wiedergabe der unbekleideten Genitalien oder des unbekleideten Gesäßes eines Kindes,

2. es unternimmt, einer anderen Person den Besitz an einer kinderpornographischen Schrift, die ein tatsächliches oder wirklichkeitsnahes Geschehen wiedergibt, zu verschaffen,
3. eine kinderpornographische Schrift, die ein tatsächliches Geschehen wiedergibt, herstellt, oder
4. eine kinderpornographische Schrift herstellt, bezieht, liefert, vorrätig hält, anbietet, bewirbt oder es unternimmt, diese Schrift ein- oder auszuführen, um sie oder aus ihr gewonnene Stücke im Sinne der Nummer 1 und 2 oder des § 184d Absatz 1 zu verwenden oder einer anderen Person eine solche Verwendung zu ermöglichen, soweit die Tat nicht nach Nummer 3 mit Strafe bedroht ist.

(2) Handelt der Täter in den Fällen des Absatzes 1 gewerbsmäßig oder als Mitglied einer Bande, die sich zur fortgesetzten Begehung solcher Taten verbunden hat, und gibt die Schrift in den Fällen des Absatzes 1 Nummer 1, 2 und 4 ein tatsächliches oder wirklichkeitsnahes Geschehen wieder, so ist auf Freiheitsstrafe von sechs Monaten bis zu zehn Jahren zu erkennen.
(3) Wer es unternimmt, sich den Besitz an einer kinderpornographischen Schrift, die ein tatsächliches oder wirklichkeitsnahes Geschehen wiedergibt, zu verschaffen, oder wer eine solche Schrift besitzt, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Auch die Belohnung und Billigung von sexuellem Missbrauch und anderen Sexualstraftaten ist strafbar. Dazu wurde der Tatbestand der Belohnung und Billigung von Straftaten (§ 140 StGB) erweitert um

- § 176 Abs. 3 StGB – Sexueller Missbrauch von Kindern,
- § 176a StGB – Schwerer sexueller Missbrauch von Kindern,
- § 176b StGB – Sexueller Missbrauch von Kindern mit Todesfolge,
- § 177 – Sexuelle Nötigung; Vergewaltigung,
- § 178 StGB – Sexuelle Nötigung und Vergewaltigung mit Todesfolge,
- § 179 Abs. 3, 5 und 6 StGB – Sexueller Missbrauch widerstandsunfähiger Personen

In § 184b Abs. 6 StGB ist durch Verweis auf § 73d und § 74a StGB geregelt, dass die kinderpornografischen Schriften einbehalten und vernichtet werden können, auch erlangte Vorteile, insbesondere Geldgewinne aus dem Verkauf kinderpornografischer Schriften, können einzogen werden, ebenso wie Utensilien, die zur Herstellung kinderpornografischer Schriften eingesetzt wurden.

In Umsetzung eines Rahmenbeschlusses des Rates der Europäischen Union wurde § 184c StGB eingefügt zur Verbreitung, dem Erwerb und dem Besitz jugendpornografischer Schriften, betreffend die Altersgruppe von 14–18 Jahre.

Wann von einem Sich-Verschaffen kinderpornografischer Dateien (nicht: Schriften) auszugehen ist, kann einem Beschluss des LG Stuttgart entnommen werden. Dort heißt es:

> » Das Betrachten der in den Arbeitsspeicher des eigenen Personalcomputers geladenen kinderpornographischen Dateien stellt technisch die unmittelbare Vorstufe des Sich-Verschaffens kinderpornografischer Dateien dar. In dem Moment, in dem – während des Betrachtens – der Vorsatz gefasst wird, die Bilddateien auf eigenen Speichermedien abzuspeichern, ist die Schwelle der Tatbestandsmäßigkeit … erreicht (LG Stuttgart, Beschl. v. 27.02.2002 – 2 Qs 10/02).

Kritik muss diese Entscheidung auslösen, weil schon das Herunterladen auf den eigenen Arbeitsspeicher ausreicht, um gegenüber den Anbietern kinderpornografischer Dateien eine entsprechende (kostenpflichtige) Nachfrage zu signalisieren, also an der Herstellung und Größe eines Nachfragemarktes mitzuwirken, der dazu führt, das kinderpornografische Aufnahmen bzw. Dateien überhaupt erstellt werden.

Der Besitz kinderpornografischer Schriften kann, ebenso wie natürlich noch schwerere Sexualstraftaten, sowohl straf- als auch – für Ärzte bzw. verkammerte Berufe – standesrechtliche Konsequenzen haben bis hin zum Entzug der Approbation wegen Berufsunwürdigkeit. So entschied das Oberverwaltungsgericht Bremen gegen einen Zahnarzt:

> » Die Entziehung der zahnärztlichen Approbation wegen Berufsunwürdigkeit setzt voraus, dass der Zahnarzt sich eines schwerwiegenden

> Fehlverhaltens schuldig gemacht hat. Eine Straftat gegen die sexuelle Selbstbestimmung eines Kindes kann diese Voraussetzungen erfüllen, und zwar auch dann, wenn das Strafgericht der Tat singulär-situativen Charakter beigemessen und die zweijährige Freiheitsstrafe deshalb zur Bewährung ausgesetzt hat (OVG Bremen, Urt. v. 18.06.2002 – 1 A 216/01 – MedR 2003, 118–119).

Im oben genannten Fall des OVG Bremen hatte sich der Täter an einem 12-jährigen Jungen, den er zuvor mit einer intravenösen Injektion betäubt hatte, sexuell vergangen. Die Straftat erfolgte unter Ausnutzung der stationären Heilbehandlung des Jungen sowie unter Missbrauch medizinischer Fachkenntnisse.

19.3 Beihilfe zum sexuellen Missbrauch durch Verschreibung der »Pille«?

Die Verordnung von Verhütungsmitteln an Minderjährige ist v. a. unter zwei Aspekten brisant. Zum einen ist wegen des unterschiedlichen strafrechtlichen Schutzes zu unterscheiden zwischen minderjährigen Patientinnen unter 14 Jahren und jugendlichen Patientinnen ab dem 14. Lebensjahr. Zum anderen stellt sich auch bei der Verordnung von Kontrazeptiva an Minderjährige die Frage nach der Notwendigkeit einer Einwilligung der Sorgeberechtigten.

19.3.1 Minderjährige Patientinnen unter 14 Jahre

Nach § 176 StGB ist der Beischlaf mit einem Mädchen unter 14 Jahren, also im juristischen Sprachgebrauch mit einem Kind, eine Straftat. Vor diesem Hintergrund verwundert es, wenn Mediziner schon 13-Jährigen den Wunsch nach der »Pille« erfüllen wollen, »ohne die Eltern zu fragen« und einzelne Juristen darin »keine Beihilfe zum sexuellen Missbrauch« sehen.

Zu Recht stellte Tröndle (1992) aus der Sicht des Strafrechtlers dazu fest, dass der Arzt, der mit der Verordnung der »Pille« an Minderjährige »Schlimmeres verhüten« will, auch sehen muss, dass »Schlimmes« schon geschehen ist. Es werde Wirkung zeigen, wenn man das »Schlimme«, nämlich den Geschlechtsverkehr mit Kindern, »von vornherein als quasi unabänderbar hinnimmt.« Tröndle fährt fort mit der Frage, ob »… der bloße Wunsch eines Kindes, ihm zur Schwangerschaftsverhinderung ein hormonales Kontrazeptivum zu verordnen, den Arzt von vornherein jeglicher (strafrechtlicher) Mitverantwortung für das kriminelle Geschehen« enthebt.

In der Praxis sind ganz unterschiedliche Fallkonstellationen denkbar. Soll es bei der Verordnung der »Pille« keinen Unterschied machen, ob der Wunsch von einem tatsächlich verliebten Mädchen kommt oder von einer Mutter aus Angst, ihre Tochter werde sonst von dem gewalttätigen Haustyrannen geschwängert? Zumindest ist der Arzt gehalten, Informationen zum Hintergrund des Wunsches nach oralen Kontrazeptiva einzuholen. Bei Kindern, d. h. bei den unter 14-Jährigen, kann nach derzeitiger Rechtslage in dem Wunsch nach Verschreibung der »Pille« juristisch kaum etwas anderes gesehen werden, als den Arzt in eine Situation zu bringen, in der er riskiert, juristisch wegen Beihilfe zu einer Straftat belangt zu werden (u. a. § 176 StGB – Sexueller Missbrauch von Kindern; § 177 StGB – Sexuelle Nötigung; Vergewaltigung).

Im Vordergrund sollte die Frage stehen, ob der offensichtlich gegebene sexuelle Missbrauch der Minderjährigen nicht verhindert werden kann. Hier allerdings sieht sich der Arzt in einem Konflikt: Verschreibt er die »Pille«, so leistet er wissentlich Beihilfe zu einem Sexualdelikt, meldet er das Ganze den Sorgeberechtigten oder gar der Polizei, so verletzt er seine ärztliche Schweigepflicht. Schließlich ist zu kritisieren, dass die Rechtslage den Ermessensspielraum des Arztes im Einzelfall erheblich einengt und eine praxisnahe Regelung sehr erschwert, etwa wenn es sich um eine »echte« Teenagerliebe handelt, bei der ein Partner (noch) nicht 14 Jahre alt ist. Vor dem geschilderten Hintergrund sollten verschreibende Ärzte bei noch nicht 14-Jährigen mit dem Wunsch nach Verschreibung der »Pille« nach dem Partner fragen, diesen nach Möglichkeit auch persönlich sprechen. Eine andere Situation läge vor bei augenscheinlich deutlich älte-

rem Mann oder jungen, dissozialen Mädchen mit Verdacht auf Prostitution.

Aus strafrechtlicher Sicht ist die beschriebene Situation zunächst nach den Grundsätzen über die Pflichtenkollision zu lösen, d. h. der Arzt darf jene Gesetzesverletzung wählen, die am wenigsten schwer wiegt. Das wäre der Bruch der ärztlichen Schweigepflicht, kann aber wohl im Einzelfall auch die Verschreibung der »Pille« bei einer Teenagerbeziehung sein, vorausgesetzt, die junge Patientin ist einwilligungsfähig. Die Einwilligungsfähigkeit in eine ärztliche Maßnahme ist nicht – wie die Geschäftsfähigkeit – an eine Altersgrenze gebunden, sondern muss im Einzelfall bei Minderjährigen im Verhältnis zur Komplexität der anstehenden Entscheidung ärztlicherseits beurteilt werden.

Weitere Überlegungen betreffen allenfalls das Prozedere. Soweit medizinisch vertretbar, soll ein Bruch der Schweigepflicht vorher angekündigt werden, um der minderjährigen (kindlichen) Patientin eine Frist zu geben, die Angelegenheit selbst zu regeln, wenn das überhaupt möglich erscheint. Ein solches Vorgehen dürfte in Fällen von sexuellem Missbrauch aber nur selten in Betracht kommen, wenn es sich denn nicht angesichts der sonstigen Verstandesreife der Patientin ohnehin verbietet.

Es bliebe der Weg, die Sorgeberechtigten baldmöglichst zu informieren, u. U. auch das Jugendamt und die Polizei einzuschalten.

Hier wird der Arzt im Einzelfall über das Ausmaß der Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht zu entscheiden haben, es mag auch einmal vorbeugend doch die Verschreibung der »Pille« unvermeidbar sein, um eine Schwangerschaft zu verhindern.

19.3.2 Minderjährige Patientinnen ab dem 14. Lebensjahr

Begehrt eine minderjährige Patientin ab dem 14. Lebensjahr die Verschreibung der »Pille«, so ist, jenseits medizinischer Aspekte, dennoch in einem gewissen Rahmen eine Erkundigungspflicht des Arztes zu bejahen. Immerhin erscheint hier im Einzelfall nicht ausgeschlossen, dass die Verschreibung begehrt wird zur Verhütung einer Schwangerschaft infolge sexuellen Missbrauchs von Schutzbefohlenen (§ 174 StGB). Der Schutz des Strafrechts reicht hier bis zum 18. Lebensjahr, wie der Wortlaut zeigt:

§ 174 Abs. 1 StGB [Sexueller Missbrauch von Schutzbefohlenen]

(1) Wer sexuelle Handlungen

1. an einer Person unter sechzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut ist,
2. an einer Person unter achtzehn Jahren, die ihm zur Erziehung, zur Ausbildung oder zur Betreuung in der Lebensführung anvertraut oder im Rahmen eines Dienst- oder Arbeitsverhältnisses untergeordnet ist, unter Missbrauch einer mit dem Erziehungs-, Ausbildungs-, Betreuungs-, Dienst- oder Arbeitsverhältnis verbundenen Abhängigkeit oder
3. an einer Person unter achtzehn Jahren, die sein leiblicher oder rechtlicher Abkömmling ist oder der seines Ehegatten, seines Lebenspartners oder einer Person, mit der er in eheähnlicher oder lebenspartnerschaftsähnlicher Gemeinschaft lebt,

vornimmt oder an sich von dem Schutzbefohlenen vornehmen lässt, wird mit Freiheitsstrafe von drei Monaten bis zu fünf Jahren bestraft.

Hier besteht für den rezeptierenden Arzt im Einzelfall das Risiko, dass er wegen Beihilfe zum sexuellen Missbrauch von Schutzbefohlenen strafrechtlich belangt werden könnte. Das Gleiche kann im Einzelfall gelten hinsichtlich der Vorschriften von § 180 StGB – Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger, § 180a StGB – Ausbeutung von Prostituierten und § 182 StGB – Sexueller Missbrauch von Jugendlichen. Dies jedenfalls dann, wenn dem Arzt konkrete Anhaltspunkte bekannt werden, dass die genannten Straftatbestände mit seiner minderjährigen Patientin als Opfer begangen werden könnten.

Jenseits dieser strafrechtlichen Vorschriften stehen der Verschreibung der »Pille« an minderjährige Patientinnen keine juristischen Bedenken entgegen. Zu beachten ist, dass die ärztliche Schweigepflicht auch gegenüber den sorgeberechtigten Eltern gilt, insofern kommt etwa bei Privatpatientinnen eine Angabe über die Verschreibung der »Pille« in der an die Eltern gerichteten Liquidation nicht in Betracht.

Den nachfolgend auszugsweise im Wortlaut wiedergegebenen Ausführungen der Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) kann inhaltlich durchaus zugestimmt werden, wenngleich die Problematik der Verschreibung von Kontrazeptiva an Patientinnen, die das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, im Hinblick auf die oben genannten denkbaren Fallkonstellationen wohl unzureichend behandelt wird. Selbstverständlich soll – auch nicht mit Hilfe des Strafrechts – eine Teenagerbeziehung nicht kriminalisiert werden, aber das Strafrecht zwingt den Arzt schon zu einer im Einzelfall weitergehenden Klärung der Hintergründe des Wunsches nach Verschreibung der »Pille«.

» Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger – Verschreibung von Kontrazeptiva der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe e. V. – Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht (AGMedR) in der DGGG (2011–2015, abgelaufen, bislang keine Überarbeitung publiziert, http://www.dggg.de/leitlinienstellungnahmen/archivierte-stellungnahmen/)

» Bei der Verschreibung von Kontrazeptiva wird es der Arzt besonders häufig mit minderjährigen Patientinnen zu tun haben, zumal neuere Untersuchungen ergeben, dass ein großer Teil junger Mädchen schon im Alter von 14 Jahren, zuweilen auch darunter, erste Sexualkontakte hat.

» Hier stellen sich dem Arzt in der Adoleszenz-Sprechstunde oft besondere Fragen. Leitsätze der Bundesärztekammer von 1975, wonach Mädchen unter 16 Jahren überhaupt keine oralen Kontrazeptiva und in der Altersgruppe von 16–18 Jahren solche nur mit Zustimmung der Eltern verordnet bekommen sollen, sind überholt und … aufgegeben worden (BÄK DÄBl 1984, 3170).

» Während bei Minderjährigen über 16 Jahren, unter denen sich auch schon verheiratete Frauen befinden können, die Einwilligungsfähigkeit in aller Regel angesichts des heutigen Kenntnisstandes auch durch schulische Sexualaufklärung zu bejahen ist, wird sie in der Altersgruppe von 14–16 Jahren nur nach besonders sorgfältiger Prüfung und unterhalb dieser Altersschwelle wohl nur selten anzunehmen sein. Deshalb kann hier dem Arzt auch unter dem Gesichtspunkt seiner grundsätzlich gegebenen Schweigepflicht kein Vorwurf gemacht werden, wenn er bis zum 16. Lebensjahr – auch gegen den Willen der Minderjährigen – Kontakt mit den Eltern sucht, schon um sich den Vorwurf zu ersparen, er durchkreuze durch seine Mitwirkung an Verhütungsmaßnahmen die elterliche Sexualerziehung.

» Aber das Dilemma ist offensichtlich: Durch Verweigerung und Einschaltung der Eltern wird der Arzt das Sexualverhalten der Minderjährigen kaum je beeinflussen können. In aller Regel lautet die Alternative ja nicht: Geschlechtsverkehr ja oder nein – sondern: Geschlechtsverkehr mit oder ohne Verhütungsmittel. Muss der Arzt befürchten, dass die Minderjährige bei ablehnender Haltung nur auf Verhütungsmittel, nicht aber auf Geschlechtsverkehr verzichtet, und bedenkt er die möglichen Folgen (Schwangerschaft und deren Abbruch oder eine das junge Mädchen überfordernde Mutterschaft, womöglich Kindesaussetzung oder -tötung), dann wird man ihm kaum einen Vorwurf machen können, wenn er das kleinere Übel wählt und selbst einer noch nicht einwilligungsfähigen Minderjährigen ohne Zustimmung der Eltern Kontrazeptiva verordnet. Dabei sollten freilich Mittel ausgewählt werden, bei denen Risiko und Nebenwirkungen gering sind und deren Gebrauch auch durch Erstanwenderinnen nur ein möglichst einfaches Aufklärungsgespräch voraussetzt.

» Dass dem Arzt bei derartiger Verschreibung an unter 14-jährige Mädchen der Vorwurf gemacht werden kann, er leiste vorsätzlich Beihilfe zum strafbaren Sexualverkehr mit Kindern (§§ 176a, 27 StGB), ist bei solcher (tunlichst zu dokumentierender) Interessenabwägung nicht zu befürchten. Auch eine Strafbarkeit wegen Förderung sexueller Handlungen Minderjähriger (§ 180 Abs. 1 StGB) ist hier nicht anzunehmen.

» Bei der Verschreibung und Abgabe von Kontrazeptiva kommt wohl am ehesten in Betracht, dass die Minderjährige schon selbst aufgrund des sog. Taschengeldparagrafen (§ 110 BGB) wirksam Verträge schließen kann.

19.4 Tötungsdelikte

Die Strafrechtsnormen des StGB zu Tötungsdelikten auch an Kindern und Jugendlichen umfassen den Totschlag, den Mord und als die oben genannte Spezialnorm den sexuellen Missbrauch mit Todesfolge. Von besonderem Interesse ist die Tötung des (minderjährigen) Opfers nach vorausgegangener Körperverletzung oder Vergewaltigung. In diesem Fall ist eines der in § 211 StGB genannten Mordmerkmale verwirklicht (Tötung zur Verdeckung einer Straftat). Weitere Mordmerkmale sind dem Wortlaut dieser Regelung zu entnehmen.

§ 211 StGB [Mord]

(1) Der Mörder wird mit lebenslanger Freiheitsstrafe bestraft.

(2) Mörder ist, wer

aus Mordlust, zur Befriedigung des Geschlechtstriebs, aus Habgier oder sonst aus niedrigen Beweggründen,

heimtückisch oder grausam oder mit gemeingefährlichen Mitteln oder

um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken,

einen Menschen tötet.

Tab. 19.4 Mordkritierien gemäß § 211 StGB

Kriterium	Erläuterung
Töten aus Mordlust	Töten »aus unnatürlicher Freude an der Vernichtung eines Menschenlebens« (im Anschluss an BGH NJW 1953, 144) bzw. wenn in der Tat eine »prinzipielle vom individuellen Täter gelöste Missachtung des fremden Lebens zum Ausdruck« kommt (BGH 34, 59; NJW 1994, 2629), der Tod ist »als solcher der einzige Zweck der Tat«.
Töten zur Befriedigung des Geschlechtstriebes	Wenn sich der Täter durch den Tötungsakt als solchen sexuelle Befriedigung verschaffen will (sog. Lustmord), aber auch, wenn das Opfer getötet wird, damit der Täter sich an der Leiche vergehen kann (Nekrophilie).
Töten aus Habgier	Wenn das Vermögen des Täters durch die Tat objektiv oder nach seiner Vorstellung vermehrt werden soll (typisch der sog. Raubmord).
Töten aus sonstigen niedrigen Beweggründen	Generalklausel, um ggf. Konstellationen zu erfassen, die sonst nicht erfasst wären. Die Motivation der Tat muss sich als auf tiefster Stufe stehend und als besonders verachtenswert darstellen.
Heimtückisches Töten	Töten mit feindlicher Willensrichtung unter bewusster Ausnutzung der Arg- und Wehrlosigkeit des Opfers. Arglos ist, wer sich keinem Angriff ausgesetzt sieht, insbesondere gemeint sind schlafende Personen. Dazu muss das Opfer aufgrund der Arglosigkeit wehrlos sein, nämlich keine oder nur eine reduzierte Möglichkeit zur Verteidigung besitzen. Die arglosigkeitsbedingte Wehrlosigkeit muss der Täter bewusst ausgenutzt haben. Das Heimtückemerkmal hat in der Praxis eine größere Bedeutung gerade bei der Tötung von Säuglingen und Kindern, wenngleich der BGH in einem »klassischen Fall« vor mehr als 50 Jahren entschieden hatte, einem ganz kleinen Kind gegenüber könne sich der Täter in der Regel nicht heimtückisch verhalten, weil es nicht fähig sei, anderen Vertrauen entgegen zu bringen (BGH, Urt. v. 07.06.1955 – 5 StR 104/55 – BGHSt 8, 216 = NJW 1955, 1524; sog. »Babybrei-Fall«).
Grausames Töten	Dieses Mordmerkmal stellt auf die Art und Weise der Tötung ab und meint insbesondere das Töten unter Hinzufügung von Schmerzen und Qualen körperlicher oder seelischer Art, die über das für die Tötung erforderliche Maß hinausgehen (BGH StV 1997, 566).
Töten mit gemeingefährlichen Mitteln	Wenn das zur Tötung eingesetzte Mittel in der konkreten Anwendung durch den Täter nicht mehr kontrollierbar ist, sodass eine Gefährdung einer Mehrzahl von Personen an Leib oder Leben nicht ausgeschlossen erscheint.
Töten, um eine andere Straftat zu ermöglichen oder zu verdecken	Töten, um einerseits eine weitere Straftat gerade durch das Töten erst zu ermöglichen, und andererseits, um eine vorangegangene Straftat, z. B. den sexuellen Missbrauch eines Kindes, zu verdecken.

Bezogen auf Tötungsdelikte an Minderjährigen ist hier anzumerken, dass die Tötung eines Säuglings und u. U. auch eines Kleinkindes z. B. dann »heimtückisch«, also Mord ist, wenn die Arg- und Wehrlosigkeit des Opfers ausgenutzt wird, z. B. weil dieses gerade schläft oder weil es dem Täter anvertraut wurde oder sich ihm anvertraut hat (▶ dazu aber auch den sog. Babybrei-Fall; ◘ Tab. 19.4).

Wurde ein Mensch getötet, ohne dass eines der in § 211 StGB genannten Mordmerkmale vorliegt, dann kann die Tat u. U. als **Totschlag** im Sinne des § 212 StGB qualifiziert werden. In diesem Fall droht eine Freiheitsstrafe nicht unter 5 Jahren, in besonders schweren Fällen kann auf lebenslange Freiheitsstrafe erkannt werden. Lediglich wenn als Besonderheit von einem minder schweren Fall des Totschlags ausgegangen werden kann (§ 213 StGB), kommt eine Freiheitsstrafe von 1–10 Jahren in Betracht. Dies gilt etwa für Fälle von Neugeborenentötung, die früher unter die alte Regelung des § 217 StGB fielen (▶ Kap. 15).

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (AGMedR der DGGG) (2011) Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger, Stand: November 2011. www.dggg.de/leitlinienstellungnahmen/archivierte-stellungnahmen/

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) und Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter. Handlungsempfehlungen zum Bundeskinderschutzgesetz (2012) Orientierungsrahmen und erste Hinweise zur Umsetzung. https://www.agj.de/uploads/media/111_Handlungsempfehlungen_Bundeskinderschutzgesetz.pdf

Arbeitsgruppe II »Durchsetzung staatlicher Strafanspruch – Rechtspolitische Folgerungen – Anerkennung des Leidens der Opfer sexuellen Missbrauchs in jeglicher Hinsicht« des Rundes Tisches »Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich« (RTKM) (2012) Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden. JAmt 3: 140–145

Auchter-Mainz E (1995) »Kindesmisshandlung« – Überlegungen und Hinweise aus juristischer Sicht. Relevanz für das Rettungsteam? Rettungsdienst 18: 28–32

Bender D (2002) Grenzen der Schweigepflicht des Arztes bei Kenntnis von Misshandlungen oder entwürdigende Behandlungen durch Eltern. Medizinrecht, S. 626–630

Betmann C (2004) Das Adhäsionsverfahren im Lichte des Opferrechtsreformgesetzes. Kriminalistik, S. 567–572

BGH, Urt. v. 03.07.2003 – 4 StR 190/03. Verdacht der Misshandlung einer Schutzbefohlenen (Säugling). In: Dettmeyer R (Hrsg) (2005) Rechtsreport. Rechtsmedizin 15: 191–193

BGH, Beschl. v. 17.07.2007 – 4 StR 242/07. Verminderte Schuldfähigkeit bei Pädophilie. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 20: 116–117

Billaud C, Boess M (2006) Kinderpornografie. Gesetzeslage, Kennzahlen, Repression und Prävention in der Schweiz. Kriminalistik: 269–277

Billaud C, Boess M (2006) Kinderpornografie – Gesetzeslage, Kennzahlen, Repression und Prävention in der Schweiz. Kriminalistik, S. 269–277

Bohne S (2005) Die Rechtsstellung des Verletzten im Ermittlungsverfahren. Kriminalistik, S. 166–174

Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschl. v. 24.09.2009 – 1 BvR 1231/04. Pornografische Darbietungen im Internet an Minderjährige. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 20: 117–118

Debertin AS (2011) Bessere Strukturen für den Kinderschutz in Niedersachsen. Institut für Rechtsmedizin der MHH bietet niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten diagnostische Unterstützung bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung und -missbrauch. Niedersächsisches Ärzteblatt Heft 1, S. 52–53

Dern H (2009) Sexuell assoziierte Tötungsdelikte an Kindern. Teil 1: Empirische Befunde. Kriminalistik 2009, S. 603–611

Dettmeyer R (2003) Die Haftung des gerichtlichen Sachverständigen – der § 839a BGB. In: Dettmeyer R (Hrsg) Rechtsreport. Rechtsmedizin 13: 329–334

Dettmeyer R (2006) Medizinische Maßnahmen zum Zwecke der Beweissicherung. In: Dettmeyer R, Medizin & Recht. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, 2. Aufl., S. 311–336

Dettmeyer R (2009) Schmerzensgeld wegen unrechtmäßigen Kindesentzugs. LG München I – Urt. v. 07.01.2009. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 19: 239–241

Dettmeyer R, Parzeller M, Laux J et al. (2011) Medizinische und rechtliche Aspekte der Genitalverstümmelung bzw. Beschneidung. Teil II: Die rituelle Zirkumzision. Arch Kriminol 227: 85–101

Dettmeyer R (2012) Kindesmissbrauch und Opferentschädigung – aus medizinischer Sicht. Der Medizinische Sachverständige 108: 63–68

Dettmeyer R (2013) Das Bundeskinderschutzgesetz vom 22.12.2011 – Anmerkung. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 23: 420–421

Dettmeyer R (2015) Doppelte Aktenführung bzw. Extra-Akte bei Verdacht auf Kindesmisshandlung durch die Sorgeberechtigten. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsmedizin 25: 485–486

Fegert JM (1995) Kinderpsychiatrische Begutachtung und die Debatte um den Missbrauch mit dem Missbrauch. Z Kinder- u. Jugendpsychiatrie 23: 9–19

Glöser S (1996) Sexueller Missbrauch von Kindern. In der Mehrzahl der Fälle Verzicht auf Strafanzeige. Dtsch Ärztebl 93 (1996) C-172

Hermanutz M, Adler F (2009) Strukturierte Kindervernehmung mit der Bildkartenmethode. Kriminalistik, S. 623–629

Karle M, Clauß M (1999) Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung in vormundschaftsgerichtlichen Verfahren. Familie und Recht (FuR), S. 150–153

Kley E (2007) Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Sexuelle Gewalt gegen Kinder – ein ubiquitäres gesellschaftliches Phänomen? Kriminalistik, S. 455–463

Klosinskis G (2000) Kinderpsychiatrische Begutachtung im Rahmen des Haager Kindesentführungsabkommens. Familie und Recht (FuR), S. 408–416

Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden. Empfehlungen der Arbeitsgruppe II des BMJ. JAmt Heft 03/2012, S. 140–145

LG Bonn, Urt. v. 15.11.2006 – Az 22 S 56. Schwangerschaft einer 13-Jährigen nach Vergewaltigung mit Anm. Dettmeyer. In: Dettmeyer R (Hrsg) (2008) Rechtsreport. Rechtsmedizin 18: 116–124

LG Köln, Beschl. v. 09.11.2002 – 102 – 57/01. Zum Zeugnisverweigerungsrecht von Betreuern einer »Babyklappe«. In: Dettmeyer R (Hrsg) (2003) Rechtsreport. Rechtsmedizin 13: 52–53

LG Köln, Urt. v. 07.05.2012 – 151 Ns 169/11. Zur Rechtmäßigkeit von Knabenbeschneidungen aufgrund Einwilligung der Eltern. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 22: 489–494 mit Anm. Dettmeyer

LG Berlin, Urt. v. 11.05.2012 – 36 O 388/07. Zur Offenbarungsbefugnis bei Hinweisen auf Kindesmisshandlung. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport 24: 125–128 mit Anm. Dettmeyer

Martinius J (1999) Zum Standard der Glaubwürdigkeitsbegutachtung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 27: 121–124

Myers WC, Brasington ST (2002) A father marries his daughters: a case of incestuous polygamy. J Forensic Sciences 47: 1112–1116

Nevermann-Jaskolla U (2004) Das Kind als Opferzeuge im Strafverfahren – Würzburger Schriften zur Kriminalwissenschaft Bd. 15. Frankfurt a. M.

Nisse R (2009) Kindeswohlgefährdung und Maßnahmen der Polizei. Kriminalistik, S. 613–622

Oehmichen M (1993) Rechtliche Fragen im Zusammenhang mit Kindsmisshandlung und sexuellem Missbrauch. In: Kruse K, Oehmichen M (Hrsg.) Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. Rechtsmedizinische Forschungsergebnisse, Band 5. Schmidt-Römhild, Lübeck, S. 105–124

Paulus M (2013) Kinder- und Opferschutz bei sexuellem Missbrauch. Unter den Runden Tisch gekehrt, mit Füßen getreten und als Erfolg verkauft? Kriminalistik Heft 3: 163–169

Putzke H, Stehr M, Dietz HG (2008) Strafbarkeit der Zirkumzision. Monatsschr Kinderheilkde 156: 783–788

Robino C, Barilaro MR, Gino S, Chiarle R, Palestro G, Torre C (2006) Incestuous paternity detected by STR-typing of chorionic villi isolated from archival formalin-fixed paraffin-embedded abortion material using laser microdissection. J Forensic Sciences 51: 90–92

Rohloff S, Ruhländer A (2004) Entwicklungsmöglichkeiten in der polizeilichen Vernehmungspraxis. Kriminalistik, S. 518–522

Schimke HJ (2011) Das neue Bundeskinderschutzgesetz – erste Einschätzungen und Perspektiven. JAmt Heft 12, S. 621–628

Schnitker A (1993) Die Zeugenfähigkeit und Glaubhaftigkeit bei Kindern. In: Kruse K, Oehmichen M (Hrsg) Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. Rechtsmedizinische Forschungsergebnisse, Band 5. Schmidt-Römhild, Lübeck, S. 97–103

Soyer R, Streinz L (2014) Opferrechte in Österreich. StraFo Heft 6: 235–239

Stehr M, Schuster T, Dietz HG et al. (2001) Die Zirkumzision – Kritik an der Routine. Klin Pädiatr 213: 50–55

Steller M (1997) Grundlagen und Methoden der Glaubwürdigkeitsbegutachtung bei Kinderaussagen über sexuellen Missbrauch. In: Warnke A, Trott GE, Remschmidt H (Hrsg) Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Huber, Bern Göttingen Toronto

Stevens A, Foerster K (2002) Psychiatrische Begutachtung der Folgen kindlichen Missbrauchs nach dem Opferentschädigungsgesetz. Med Sach 98: 172–177

Szibor R (2004) Inzest und Konsanguinität. Eine Übersicht unter biologischen, soziologischen, klinisch-genetischen und rechtsmedizinischen Aspekten. Rechtsmedizin 14: 387–395

Tries R (1996) Schweigepflicht bei Kindesmisshandlungen. Hinweise für die Praxis. Rettungsdienst 19: 46–48

Tröndle H (1992) Verordnung von Kontrazeptiva an Minderjährige – eine Straftat? Medizinrecht: 320–325

Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention) vom 20. November 1989, am 26. Januar 1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet am 6. März 1992, am 5. April 1992 für Deutschland in Kraft getreten. Bekanntmachung vom 10. Juli 1992 – BGBl. II S. 990

von Klitzing K (1990) Glaubwürdigkeitsbegutachtung von Kindern und Jugendlichen in der Frage des sexuellen Missbrauchs. Acta Paedopsych 53: 181–191

Winkler R (1998) Begutachtung von Folgen sexuellen Missbrauchs im Kindes- und Jugendalter nach dem Opferentschädigungsgesetz. Med Sach 94: 91–95

Gesetzlicher Opferschutz

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_20,

Gesetzliche Regelungen außerhalb des Strafgesetzbuches zum Schutz von Kindern und Jugendlichen sind zugleich die Umsetzung von Verpflichtungen, die durch Unterzeichnung internationaler Verträge eingegangen wurden. Zu nennen ist hier insbesondere die Kinderrechtskonvention der Vereinten Nationen.

Die internationalen Regelungen binden die Unterzeichnerstaaten zumindest rechtlich, auch wenn die Diskrepanz zwischen Rechtsanspruch und Rechtswirklichkeit häufig gravierend ist. Die nationalen Normen finden sich für die Bundesrepublik Deutschland einerseits in den Grundrechten des Grundgesetzes (GG), andererseits in den entsprechenden Schutznormen des Strafgesetzbuches (StGB), des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB), im Jugendschutzgesetz und weiteren Vorschriften. Darauf ist zu verweisen, wenn ohne Kenntnis der existierenden Regelungen (vorschnell) Forderungen zum Ausbau der Kinderschutzgesetzgebung diskutiert werden. Den geltenden rechtlichen Rahmen bestimmen:

- das Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention) vom 20. November 1989,
- die Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten – Europäische Menschenrechtskonvention (EMRK) in der Fassung ab 1. November 1998,
- die Art. 1 GG (Würde des Menschen), Art. 2 GG (Schutz der Persönlichkeit) und Art. 6 GG (Schutz von Ehe und Familie; Schutz unehelicher Kinder),
- zahlreiche Paragrafen des Strafgesetzbuches,
- familienrechtliche Vorschriften im Bürgerlichen Gesetzbuch, insbesondere entsprechend dem Kindschaftsrechtsreformgesetz vom 16. Dezember 1997 (BGBl. I S. 2942),
- besondere Einzelbestimmungen zum Schutze von Kindern und Jugendlichen vom Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) und das Jugendgerichtsgesetz (JGG) über spezielle Vorschriften zur Rechtsposition kindlicher Zeugen in der Strafprozessordnung (StPO) bis zu Regelungen für Jugendstrafanstalten im Strafvollzugsgesetz (StVollzG),
- Vorgaben in den Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren (RiStBV),
- Bestimmungen im Opferentschädigungsgesetz (OEG) von 1976 (BGBl. I S. 1181).

Die UN-Kinderrechtskonvention vom 20. November 1989, in Deutschland in Kraft getreten am 5. April 1992 (Bekanntmachung vom 10. Juli 1992 – BGBl. II S. 990) enthält eine Reihe von grundsätzlichen Vorgaben und vertraglich eingegangenen Verpflichtungen.

Artikel 1 [Geltung für das Kind; Begriffsbestimmung]
Im Sinne dieses Übereinkommens ist ein Kind jeder Mensch, der das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, soweit die Volljährigkeit nach dem auf das Kind anzuwendenden Recht nicht früher eintritt.

Artikel 2 [Achtung der Kindesrechte; Diskriminierungsverbot]
(1) Die Vertragsstaaten achten die in diesem Übereinkommen festgelegten Rechte und gewährleisten sie jedem ihrer Hoheitsgewalt unterstehenden Kind ohne jede Diskriminierung unabhängig von Rasse, Hautfarbe, dem Geschlecht, der Sprache, der Religion, der politischen oder sonstigen Anschauung, der nationalen, ethnischen oder sozialen Herkunft, des Vermögens, der Behinderung, der Geburt oder des sonstigen Status des Kindes, seiner Eltern oder seines Vormunds.
(2) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen, um sicherzustellen, dass das Kind vor allen Formen der Diskriminierung oder Bestrafung wegen des Status, der Tätigkeiten, der Meinungsäußerungen oder der Weltanschauung seiner Eltern, seines Vormunds oder seiner Familienangehörigen geschützt wird.

Artikel 19 [Schutz vor Gewaltanwendung, Misshandlung, Verwahrlosung]
(1) Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um das Kind vor jeder Form körperlicher oder geistiger Gewaltanwendung, Schadenszufügung oder Misshandlung, vor Verwahrlosung oder sexuellem Missbrauch zu schützen, solange es sich hier in der Obhut der Eltern oder eines Elternteils, eines Vormunds oder anderen gesetzlichen Vertretern oder einer Person befindet, die das Kind betreut.
(2) Diese Schutzmaßnahmen sollen je nach den Gegebenheiten wirksame Verfahren zur Aufstellung von Sozialprogrammen enthalten, die dem Kind und denen, die es betreuen, die erforderliche Unterstützung

gewähren und andere Formen der Vorbeugung vorsehen sowie Maßnahmen zur Aufdeckung, Meldung, Weiterverweisung, Untersuchung, Behandlung und Nachbetreuung in den in Absatz 1 beschriebenen Fällen schlechter Behandlung von Kindern und gegebenenfalls für das Einschreiten der Gerichte.

Artikel 32 [Schutz vor wirtschaftlicher Ausbeutung]
(1) Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes an, vor wirtschaftlicher Ausbeutung geschützt und nicht zu einer Arbeit herangezogen zu werden, die Gefahr mit sich bringen, die Erziehung des Kindes behindern oder die Gesundheit des Kindes oder seine körperliche, geistige, seelische, sittliche oder soziale Entwicklung schädigen könnte.
(2) Die Vertragsstaaten treffen Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um die Durchführung dieses Artikels sicherzustellen. Zu diesem Zweck und unter Berücksichtigung der einschlägigen Bestimmungen anderer internationaler Übereinkünfte werden die Vertragsstaaten insbesondere

- ein oder mehrere Mindestalter für die Zulassung zur Arbeit festlegen;
- eine angemessene Regelung der Arbeitszeit und der Arbeitsbedingungen vorsehen;
- angemessene Strafen oder andere Sanktionen zur wirksamen Durchsetzung dieses Artikels vorsehen.

Artikel 33 [Schutz vor Suchtstoffen]
Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten Maßnahmen einschließlich Gesetzgebungs-, Verwaltungs-, Sozial- und Bildungsmaßnahmen, um Kinder vor dem unerlaubten Gebrauch von Suchtstoffen und psychotropen Stoffen im Sinne der diesbezüglichen internationalen Übereinkünfte zu schützen und den Einsatz von Kindern bei der unerlaubten Herstellung dieser Stoffe und beim unerlaubten Verkehr mit diesen Stoffen zu verhindern.

Artikel 34 [Schutz vor sexuellem Missbrauch]
Die Vertragsstaaten verpflichten sich, das Kind vor allen Formen sexueller Ausbeutung und sexuellen Missbrauchs zu schützen. Zu diesem Zweck treffen die Vertragsstaaten insbesondere alle geeigneten innerstaatlichen, zweiseitigen und mehrseitigen Maßnahmen, um zu verhindern, dass Kinder

a. zur Beteiligung an rechtswidrigen Handlungen verleitet oder gezwungen werden;
b. für die Prostitution oder andere rechtswidrige sexuelle Praktiken ausgebeutet werden;
c. für pornografische Darbietungen und Darstellungen ausgebeutet werden.

Artikel 35 [Maßnahmen gegen Entführung und Kinderhandel]
Die Vertragsstaaten treffen alle geeigneten innerstaatlichen, zweiseitigen und mehrseitigen Maßnahmen, um die Entführung und den Verkauf von Kindern sowie den Handel mit Kindern zu irgendeinem Zweck und in irgendeiner Form zu verhindern.

Ebenso wie die Vorgaben in der UN-Kinderrechtskonvention schreiben auch die Grundrechte der deutschen Verfassung ein Schutzniveau fest, denen das einfachgesetzliche Recht entsprechen muss. Die wichtigsten verfassungsrechtlichen Vorgaben des Grundgesetzes sind im Folgenden genannt.

Artikel 2 GG [Persönliche Freiheitsrechte]
(1) Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt.
(2) Jeder hat das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Die Freiheit der Person ist unverletzlich. In diese Rechte darf nur auf Grund eines Gesetzes eingegriffen werden.

Artikel 6 GG [Ehe, Familie, uneheliche Kinder]
(1) Ehe und Familie stehen unter dem besonderen Schutze der staatlichen Ordnung.
(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.
(3) Gegen den Willen der Erziehungsberechtigten dürfen Kinder nur auf Grund eines Gesetzes von der Familie getrennt werden, wenn die Erziehungsberechtigten versagen oder wenn die Kinder aus anderen Gründen zu verwahrlosen drohen.
(4) Jede Mutter hat Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge der Gemeinschaft.
(5) Den unehelichen Kindern sind durch die Gesetzgebung die gleichen Bedingungen für ihre leibliche und seelische Entwicklung und ihre Stellung in der Gesellschaft zu schaffen wie den ehelichen Kindern.

Tab. 20.1 Regelungen über Hilfe und Schutz für minderjährige Gewaltopfer

Zivilrecht	Regelungen u. a. im Familienrecht des BGB
Sozialrecht	Regelungen im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – SGB VIII Verwaltungsverfahren des Jugendamtes
Strafrecht und Strafprozessrecht	Strafgesetzbuch Regelungen in der Strafprozessordnung (StPO) zum Opferschutz in Strafverfahren »Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren (RiStBV)« in der ab 01.02.1997 (bundeseinheitlich) geltenden Fassung
Öffentliches Recht	Jugendgerichtsgesetz (JGG) Als Spezialgesetz schützen Regelungen im Gewaltschutzgesetz (GewSchG) und in den Landespolizeigesetzen
Internationales Recht	UN-Kinderrechtskonvention Hilfe für Minderjährige ohne Sorgeberechtigte im Inland (u. a. Haager Kindesentführungsabkommen); Übereinkommen des Europarats zum Schutz von Kindern vor sexueller Ausbeutung und sexuellem Missbrauch von 2010; Europäisches Übereinkommen über die Ausübung von Kinderrechten von 1996

Gestützt auf die Formulierung in Art. 6 Abs. 2 Satz 2 GG hat »die staatliche Gemeinschaft« über die Pflege und Erziehung der Kinder durch die Eltern bzw. Sorgeberechtigen zu wachen (sog. »staatliches Wächteramt«). Diese Vorschrift stellt eine der verfassungsrechtlichen Grundlagen dar für die Regelung des § 8a SGB VIII (Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung) und die Eingriffsbefugnisse der Jugendämter.

Minderjährigen Gewaltopfern kann Hilfe angeboten werden durch zivil-, sozial- und strafprozessuale Regelungen sowie über das Gewaltschutzgesetz und weitere gesetzliche Regelungen, wie z. B. das Jugendgerichtsgesetz. Von besonderer Bedeutung sind auch das verwaltungsrechtliche Verfahren des Jugendamtes mit Aspekten des Rechtsschutzes und das familienrechtliche Verfahren (Tab. 20.1).

Opfer von Straftaten haben lange Jahre im Strafprozess lediglich eine Rolle als Mittel zur Wahrheitsfindung (als Zeuge, als »Quelle« von Beweisen) gespielt. Im Mittelpunkt stand – und steht immer noch – der angeklagte Täter. Wegen des Mündlichkeits- bzw. Unmittelbarkeitsprinzips muss auch ein minderjähriges Gewaltopfer grundsätzlich im Rahmen der Hauptverhandlung persönlich als Zeuge gehört werden, den Parteien muss Gelegenheit gegeben werden, Fragen zu stellen. Zutreffend wird in diesem Zusammenhang nicht selten von einer »sekundären Viktimisierung« gesprochen, wenn das Kind im Gerichtssaal z. B. alle Details der Tat berichten muss.

Dabei muss bedacht werden, dass Gewaltopfer **drei Viktimisierungsstadien** durchlaufen:

- die primäre Viktimisierung durch die Straftat (enger Opferbegriff),
- die sekundäre Viktimisierung durch belastende Situationen bei polizeilichen und justiziellen Maßnahmen und schließlich
- die tertiäre Viktimisierung durch Akzeptanz und Integration der Opferrolle in das eigene Selbstbildnis mit der Folge dauerhafter Opferanfälligkeit.

Gerade bei minderjährigen Gewaltopfern mit wiederholter Gewalterfahrung wird die sich als Spätfolge entwickelnde tertiäre Viktimisierung bislang erheblich unterschätzt (vgl. ► Kap. 21.2).

Deswegen wurde die Position nicht nur des minderjährigen Gewaltopfers in den letzten Jahren kontinuierlich gestärkt: über das Opferentschädigungsgesetz (OEG) und das Gewaltschutzgesetz (GewSchG) bis zum Opferschutz vor Gericht im Strafverfahren (geregelt u. a. in den Richtlinien für das Straf- und Bußgeldverfahren sowie in der Strafprozessordnung) und Maßnahmen der Zivilgerichte (Familiengerichte). Zugleich wurde das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) novelliert, auch um präventiv eine Einschätzung der Gefähr-

dungssituation durch Mitarbeiter des Jugendamtes zu ermöglichen.

Das Opferrechtsreformgesetz, welches am 1. September 2004 in Kraft trat, hatte zum Ziel, die Belastungen für das Opfer durch das Strafverfahren zu minimieren, die Rechte des Opfers zu stärken, den wirtschaftlichen Ausgleich für durch die Straftat entstandene Schäden zu verbessern und das Opfer generell besser über den Stand des Strafverfahrens und seine Rechte zu informieren. Im Jahre 2015 befasste sich der Deutsche Bundestag mit Perspektiven und Verbesserungen beim Opferschutz im Rahmen des 3. Opferrechtsreformgesetzes (► Abschn. 20.9).

20.1 Zivilrechtliche Schutzmaßnahmen durch die Familiengerichte (Entzug des Sorgerechts, Unterbringung, Auflagen etc.)

Im BGB finden sich in den familienrechtlichen Regelungen Vorgaben zur Ausübung der elterlichen Sorge, aber auch zu gerichtlichen Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls.

§ 1627 BGB [Ausübung der elterlichen Sorge]
Die Eltern haben die elterliche Sorge in eigener Verantwortung und in gegenseitigem Einvernehmen zum Wohle des Kindes auszuüben. Bei Meinungsverschiedenheiten müssen sie versuchen, sich zu einigen.

Bei unterschiedlichen Ansichten der Eltern bzw. Sorgeberechtigten kann das Familiengericht eingeschaltet werden. So heißt es in § 1628 BGB:

§ 1628 BGB [Gerichtliche Entscheidung bei Meinungsverschiedenheiten der Eltern]
Können sich die Eltern in einer einzelnen Angelegenheit oder in einer bestimmten Art von Angelegenheiten der elterlichen Sorge, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung ist, nicht einigen, so kann das Familiengericht auf Antrag eines Elternteils die Entscheidung einem Elternteil übertragen. Die Übertragung kann mit Beschränkungen oder mit Auflagen verbunden werden.

Weiter sind im BGB geregelt: der Inhalt der Personensorge, das Verbot entwürdigender Maßnahmen und die Unterstützung der Eltern durch vom Familiengericht beschlossene Maßnahmen. Dazu heißt es in § 1631 BGB:

§ 1631 BGB [Inhalt und Grenzen der Personensorge]
(1) Die Personensorge umfasst insbesondere die Pflicht und das Recht, das Kind zu pflegen, zu erziehen, zu beaufsichtigen und seinen Aufenthalt zu bestimmen.
(2) Kinder haben ein Recht auf gewaltfreie Erziehung. Körperliche Bestrafungen, seelische Verletzungen und andere entwürdigende Erziehungsmaßnahmen sind unzulässig.
(3) Das Familiengericht hat die Eltern auf Antrag bei der Ausübung der Personensorge in geeigneten Fällen zu unterstützen.

Grundsätzlich kann das Kind, wenn eine Kindeswohlgefährdung bejaht und die Situation nicht kurzfristig verbessert werden kann, in Obhut genommen und anderweitig untergebracht werden. Die Freiheitsentziehung bei einem Kind mit vom Kind ausgehender erheblicher Fremd- oder Eigengefährdung ist gesondert in § 1631b BGB geregelt.

§ 1631b BGB [Mit Freiheitsentziehung verbundene Unterbringung]
Eine Unterbringung des Kindes, die mit Freiheitsentziehung verbunden ist, bedarf der Genehmigung des Familiengerichts. Die Unterbringung ist zulässig, wenn sie zum Wohl des Kindes, insbesondere zur Abwendung einer erheblichen Selbst- oder Fremdgefährdung, erforderlich ist und der Gefahr nicht auf andere Weise, auch nicht durch andere öffentliche Hilfen, begegnet werden kann. Ohne die Genehmigung ist die Unterbringung nur zulässig, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist; die Genehmigung ist unverzüglich nachzuholen.

Schließlich sind auch im BGB Maßnahmen geregelt, die bei einer Gefährdung des Kindeswohls durch das Familiengericht getroffen werden können. Dazu gehört etwa die vorläufige Einschränkung des elterlichen Aufenthaltsbestimmungsrechts. Bei Interessenskollisionen kommt die Einsetzung eines Verfahrenspflegers – § 50 FGG – in Betracht.

Ein Verfahrenspfleger nimmt – als »Anwalt des Kindes« – unabhängig von den Ansichten der sor-

geberechtigten Eltern die rechtlichen Interessen des Kindes in einem behördlichen Verfahren wahr. Er achtet u. a. auf die Geltendmachung von Ansprüchen im Interesse des Kindes und auf die Einhaltung von Fristen. Verfahrenspfleger können Vertreter unterschiedlicher Berufe sein, es muss sich nicht zwingend um Juristen handeln. So haben Sozialpädagogen teilweise Ausbildungscurricula zum Verfahrenspfleger absolviert, doch kommen auch Ärzte und Psychologen als Verfahrenspfleger in Betracht. Um Interessenskollisionen zu vermeiden, sollte jedoch der behandelnde Arzt eines Kindes nicht zugleich Verfahrenspfleger werden. Verfahrenspflegern ist z. B. der Zutritt zum Krankenhaus und zum Kind zu gewähren, sie sind ggf. über medizinische Entscheidungen zu informieren.

Anders als bei der weiblichen Genitalverstümmelung hat der Gesetzgeber die Beschneidung des männlichen Kindes nunmehr in § 1631d BGB geregelt (Gesetz vom 20.12.2012; BGBl. I S. 2749) und damit zugleich verdeutlicht, dass die Beschneidung von Knaben nicht generell als Körperverletzungsdelikt im Sinne des Strafgesetzbuches angesehen wird.

§ 1631d BGB [Beschneidung des männlichen Kindes]

(1) Die Personensorge umfasst auch das Recht, in eine medizinisch nicht erforderliche Beschneidung des nicht einsichts- und urteilsfähigen männlichen Kindes einzuwilligen, wenn diese nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführt werden soll. Dies gilt nicht, wenn durch die Beschneidung auch unter Berücksichtigung ihres Zwecks das Kindeswohl gefährdet wird.

(2) In den ersten sechs Monaten nach der Geburt des Kindes dürfen auch von einer Religionsgemeinschaft dafür vorgesehene Personen Beschneidungen gemäß Absatz 1 durchführen, wenn sie dafür besonders ausgebildet, und, ohne Arzt zu sein, für die Durchführung der Beschneidung vergleichbar befähigt sind.

Kritische Stimmen in der Literatur vertraten und vertreten die Ansicht, dass selbst religiös-kulturelle Traditionen eine mit der Knabenbeschneidung zwangsläufig einhergehende Körperverletzung nicht rechtfertigen und verweisen einerseits auf (seltene) Komplikationen bei dem Eingriff und andererseits auf nicht ausschließbare psychische Folgen dieses Eingriffs, der von erheblichen Schmerzen begleitet sein könne.

Wird das Kindeswohl gefährdet, so hat das zuständige Familiengericht einen erheblichen Ermessensspielraum bei der Wahl der zum Schutz des Kindes erforderlichen Maßnahmen.

§ 1666 BGB [Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls]

(1) Wird das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes oder sein Vermögen gefährdet und sind die Eltern nicht gewillt oder nicht in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so hat das Familiengericht die Maßnahmen zu treffen, die zur Abwendung der Gefahr erforderlich sind.

(2) In der Regel ist anzunehmen, dass das Vermögen des Kindes gefährdet ist, wenn der Inhaber der Vermögenssorge seine Unterhaltspflicht gegenüber dem Kind oder seine mit der Vermögenssorge verbundenen Pflichten verletzt oder Anordnungen des Gerichts, die sich auf die Vermögenssorge beziehen, nicht befolgt.

(3) Zu den gerichtlichen Maßnahmen nach Absatz 1 gehören insbesondere

1. Gebote, öffentliche Hilfen wie zum Beispiel Leistungen der Kinder- und Jugendhilfe und der Gesundheitsfürsorge in Anspruch zu nehmen,
2. Gebote, für die Einhaltung der Schulpflicht zu sorgen,
3. Verbote, vorübergehend oder auf unbestimmte Zeit die Familienwohnung oder eine andere Wohnung zu nutzen, sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung aufzuhalten oder zu bestimmende andere Orte aufzusuchen, an denen sich das Kind regelmäßig aufhält,
4. Verbote, Verbindung zum Kind aufzunehmen oder ein Zusammentreffen mit dem Kind herbeizuführen,
5. die Ersetzung von Erklärungen des Inhabers der elterlichen Sorge,
6. die teilweise oder vollständige Entziehung der elterlichen Sorge.

(4) In Angelegenheiten der Personensorge kann das Gericht auch Maßnahmen mit Wirkung gegen einen Dritten treffen.

Da mit Inkrafttreten der aus mehreren Einzelgesetzen bestehenden Kindschaftsrechtsreform zum 01.07.1998 (»Kindschaftsrechtsreformgesetz« vom

16.12.1997, BGBl. I S. 2942) nach einer Scheidung das gemeinsame elterliche Sorgerecht der Regelfall sein soll, muss bei medizinischen Eingriffen von schwerwiegenderer Bedeutung die Einwilligung beider Elternteile eingeholt werden, bei belanglosen ärztlichen Routinemaßnahmen reicht die Einwilligung eines Elternteils. Dies ergibt sich aus dem Wortlaut des § 1687 BGB.

§ 1687 Abs. 1 S. 1–3 BGB [Ausübung der gemeinsamen Sorge bei Getrenntleben]

(1) Leben Eltern, denen die elterliche Sorge gemeinsam zusteht, nicht nur vorübergehend getrennt, so ist bei Entscheidungen in Angelegenheiten, deren Regelung für das Kind von erheblicher Bedeutung ist, ihr gegenseitiges Einvernehmen erforderlich. Der Elternteil, bei dem sich das Kind mit Einwilligung des anderen Elternteils oder auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung gewöhnlich aufhält, hat die Befugnis zur alleinigen Entscheidung in Angelegenheiten des täglichen Lebens. Entscheidungen in Angelegenheiten des täglichen Lebens sind in der Regel solche, die häufig vorkommen und die keine schwer abzuändernden Auswirkungen auf die Entwicklung des Kindes haben...

In Tab. 20.2 sind nochmals einige familienrechtliche Vorschriften im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) genannt.

Hinzuweisen ist auf eine weitere Regelung in § 1684 Abs. 4 Satz 3 und 4 BGB:

» Das Familiengericht kann insbesondere anordnen, dass der Umgang nur stattfinden darf, wenn ein mitwirkungsbereiter Dritter anwesend ist. Dritter kann auch ein Träger der Jugendhilfe oder ein Verein sein; dieser bestimmt dann jeweils, welche Einzelperson die Aufgabe wahrnimmt.

Entscheidend ist hier die Aussage, dass der »Dritte« mitwirkungsbereit sein muss beim betreuten Umgang. Träger der Jugendhilfe können derartige »Dritte« stellen und haben teilweise differenzierte Angebote des betreuten Umgangs entwickelt, auch für Fälle von drohender Kindesentführung oder sexuellem Missbrauch.

In akuten Situationen, z. B. wenn die Eltern drohen, ein gefährdetes Kind aus dem Krankenhaus zu holen, kann der behandelnde Arzt grundsätzlich davon ausgehen, dass die alleinige Zuständigkeit für Entscheidungen beim Familiengericht liegt.

Tab. 20.2 Einige wichtige familienrechtliche Vorschriften im BGB

Vorschrift	Regelungsinhalt
§ 1627	Ausübung der elterlichen Sorge
§ 1628	Gerichtliche Entscheidung bei Meinungsverschiedenheiten der Eltern
§ 1631	Inhalt und Grenzen der Personensorge; Verbot entwürdigender Maßnahmen
§ 1631b	Mit Freiheitsentziehung des Kindes verbundene Unterbringung
§ 1631c	Verbot der Sterilisation
§ 1631d	Beschneidung des männlichen Kindes
§ 1666	Gerichtliche Maßnahmen bei Gefährdung des Kindeswohls
§ 1666a	Grundsatz der Verhältnismäßigkeit; Vorrang öffentlicher Hilfen; Trennung des Kindes von den Eltern; Entziehung der Personensorge

Selbstverständlich gibt es darüber hinaus zivilrechtliche Regelungen im BGB als Anspruchsgrundlagen für das Verlangen von Schadensersatz und Schmerzensgeld.

§ 823 Abs. 1 BGB [Schadensersatzpflicht]

(1) Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines Anderen widerrechtlich verletzt, ist dem Anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

Die Anspruchsgrundlage auf Schmerzensgeld findet sich in § 253 BGB.

§ 253 BGB [Immaterieller Schaden]

(1) Wegen eines Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, kann Entschädigung in Geld nur in den durch das Gesetz bestimmten Fällen gefordert werden.
(2) Ist wegen einer Verletzung des Körpers, der Gesundheit, der Freiheit oder der sexuellen Selbstbestimmung Schadensersatz zu leisten, kann auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld gefordert werden.

Von besonderer Bedeutung für die Beurteilung des immateriellen Schadens sind psychische Folgeschäden einer Gewalttat, die sich z. B. nach Sexualdelikten in der Kindheit als lebenslange Folgeschäden manifestieren können bis hin zur Entwicklung schwerwiegender psychiatrischer Krankheitsbilder. Das Ausmaß des Schadensersatzes muss sich hier an der Schwere der psychischen und/oder physischen Beschwerden orientieren, aber auch der Grad des Verschuldens und die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Täters/Schädigers sowie ein etwaiges Mitverschulden des Gewaltopfers sind von Bedeutung.

20.2 Regelungen im Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG) – SGB VIII

In teilweise wortgleicher Formulierung wie Art. 6 GG regelt § 1 SGB VIII das grundsätzliche Verhältnis zwischen Minderjährigen, den Sorgeberechtigten (Eltern) und dem Staat.

§ 1 SGB VIII [Recht auf Erziehung, Elternverantwortung, Jugendhilfe]

(1) Jeder junge Mensch hat ein Recht auf Förderung seiner Entwicklung und auf Erziehung zu einer eigenverantwortlichen und gemeinschaftsfähigen Persönlichkeit.

(2) Pflege und Erziehung der Kinder sind das natürliche Recht der Eltern und die zuvörderst ihnen obliegende Pflicht. Über ihre Betätigung wacht die staatliche Gemeinschaft.

(3) Jugendhilfe soll zur Verwirklichung des Rechts nach Absatz 1 insbesondere

1. junge Menschen in ihrer individuellen und sozialen Entwicklung fördern und dazu beitragen, Benachteiligungen zu vermeiden oder abzubauen,
2. Eltern und andere Erziehungsberechtigte bei der Erziehung beraten und unterstützen,
3. Kinder und Jugendliche vor Gefahren für ihr Wohl schützen,
4. dazu beitragen, positive Lebensbedingungen für junge Menschen und ihre Familien sowie eine kinder- und familienfreundliche Umwelt zu erhalten oder zu schaffen.

Von besonderer Bedeutung ist das in § 1 Abs. 2 Satz 2 SGB VIII festgeschriebene staatliche Wächteramt, welches greifen soll, wenn das auch verfassungsrechtlich vorrangige Erziehungsrecht der Sorgeberechtigten (Eltern) versagt. Die Erziehungsaufgabe der Jugendhilfe bezieht sich auf alle Minderjährigen. Kind im Sinne des § 1 Abs. 2 SGB VIII ist, wer noch nicht 18 Jahre alt ist.

Das sog. staatliche Wächteramt – hergeleitet auch aus dem wortgleichen Art. 6 Abs. 2 S. 2 GG – umfasst nicht nur das Recht, sondern auch die Pflicht des Staates, Pflege und Erziehung von Kindern dann zu garantieren, wenn die Eltern dazu nicht (mehr) in der Lage sind. Art und Ausmaß des Eingriffs des Staates unterliegen dem Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, richten sich also nach dem Ausmaß des Versagens der Eltern. Jeder staatliche Eingriff muss geeignet, erforderlich und angemessen sein. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts muss der Staat, bevor er selbst das Kind in Obhut nimmt, versuchen, durch Hilfe, Unterstützung und Wiederherstellung eines verantwortungsbewussten Verhaltens der Eltern sein Ziel zu erreichen (BVerfGE 24, 145). Dazu gehören z. B. Maßnahmen wie Hilfe zur Erziehung.

Eingreifende Maßnahmen des Jugendamtes kommen erst in Betracht, wenn die sog. Gefahrenschwelle des § 1666 BGB überschritten wird, weshalb auch von Eingriffsschwelle gesprochen wird. Unterhalb dieser Grenze ist eine eigenständige Interessenwahrnehmung des Kindes durch das Jugendamt nicht möglich!

Nach § 1666 BGB muss das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes gefährdet sein, und die Eltern sind zugleich nicht gewillt oder in der Lage, die Gefahr abzuwehren. Auf ein irgendwie geartetes Verschulden der Eltern kommt es nicht an.

Die Rechtsprechung und Kommentarliteratur sieht eine Gefährdung des Kindeswohls im Sinne des § 1666 BGB jedoch nur bei einer gravierenden, gegenwärtigen oder zumindest nahe bevorstehenden Gefahr für die Kindesentwicklung. Diese muss so bedeutsam sein, dass sich bei einer Fortdauer eine erhebliche Schädigung des körperlichen, geistigen und seelischen Wohls des Kindes mit ziemlicher Sicherheit voraussehen lässt.

Wollen staatliche Stellen – gestützt auf das in Art. 6 GG verankerte staatliche Wächteramt – zugunsten des Kindes eingreifen, so bedarf es dafür gesetzlicher Grundlagen. Zu diesen gesetzlichen Grund-

lagen gehören z. B. die Regelungen im SGB VIII (Kinder- und Jugendhilfegesetz), im Familienrecht des BGB oder auch im Gewaltschutzgesetz.

Von besonderer Bedeutung ist die Frage, wann das Jugendamt seinen Schutzauftrag im Interesse des Kindes wahrnehmen muss. Nach zum Teil spektakulären Fällen von Kindeswohlgefährdung mit tödlichem Verlauf für das Kind wurde durch das »Gesetz zur Weiterentwicklung der Kinder- und Jugendhilfe (Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz)« vom 08. September 2005 in das SGB VIII ein § 8a eingeführt. Damit sollte der staatliche Schutzauftrag der Kinder- und Jugendhilfe bei Kindeswohlgefährdung konkretisiert werden (u. a. gemeinsam mit Neuregelungen zur Inobhutnahme gemäß § 42 SGB VIII sowie gesetzlichen Anforderungen zur persönlichen Eignung von Fachkräften in der Kinder- und Jugendhilfe gem. § 72a SGB VIII). Mittlerweile wurden diese gesetzlichen Vorgaben erneut novelliert.

Von besonderem Interesse sind

- die Konkretisierung des Schutzauftrags des Jugendamtes (§ 8a SGB VIII).
- Vorläufige Schutzmaßnahmen wie die Inobhutnahme des Kindes im Rahmen der Krisenintervention sind neu geordnet worden (§ 42 SGB VIII).
- Einrichtungen fundamentalistischer Träger sollen besser kontrolliert werden (§ 45 SGB VIII).
- Das Kindeswohl soll beim Datenschutz besser berücksichtigt werden (§ 65 SGB VIII).
- Personen mit bestimmten Vorstrafen (u. a. Kinderpornografie) sollen verschärft überprüft werden können (§ 72a SGB VIII).

§ 8a SGB VIII soll den Schutzauftrag des Staates bei Kindeswohlgefährdung konkretisieren als gemeinsame Aufgabe für öffentliche und freie Träger der Jugendhilfe.

§ 8a SGB VIII [Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung]

(1) Werden dem Jugendamt gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen bekannt, so hat es das Gefährdungsrisiko im Zusammenwirken mehrerer Fachkräfte einzuschätzen. Soweit der wirksame Schutz dieses Kindes oder dieses Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird, hat das Jugendamt die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder den Jugendlichen in die Gefährdungseinschätzung einzubeziehen und, sofern dies nach fachlicher Einschätzung erforderlich ist, sich dabei einen unmittelbaren Eindruck von dem Kind und von seiner persönlichen Umgebung zu verschaffen. Hält das Jugendamt zur Abwendung der Gefährdung die Gewährung von Hilfen für geeignet und notwendig, so hat es diese den Personensorgeberechtigten oder den Erziehungsberechtigten anzubieten.

(2) Hält das Jugendamt das Tätigwerden des Familiengerichts für erforderlich, so hat es das Gericht anzurufen; dies gilt auch, wenn die Erziehungsberechtigten nicht bereit oder in der Lage sind, bei der Abschätzung des Gefährdungsrisikos mitzuwirken. Besteht eine dringende Gefahr und kann die Entscheidung des Gerichts nicht abgewartet werden, so ist das Jugendamt verpflichtet, das Kind oder den Jugendlichen in Obhut zu nehmen.

(3) Soweit zur Abwendung der Gefährdung das Tätigwerden anderer Leistungsträger, der Einrichtungen der Gesundheitshilfe oder der Polizei notwendig ist, hat das Jugendamt auf die Inanspruchnahme durch die Erziehungsberechtigten hinzuwirken. Ist ein sofortiges Tätigwerden erforderlich und wirken die Personensorgeberechtigten oder die Erziehungsberechtigten nicht mit, so schaltet das Jugendamt die anderen zur Abwendung der Gefährdung zuständigen Stellen selbst ein.

(4) In Vereinbarungen mit den Trägern von Einrichtungen und Diensten, die Leistungen nach diesem Buch erbringen, ist sicherzustellen, dass

1. deren Fachkräfte bei Bekanntwerden gewichtiger Anhaltspunkte für die Gefährdung eines von ihnen betreuten Kindes oder Jugendlichen eine Gefährdungseinschätzung vornehmen,
2. bei der Gefährdungseinschätzung eine insoweit erfahrene Fachkraft beratend hinzugezogen wird sowie
3. die Erziehungsberechtigten sowie das Kind oder der Jugendliche in die Gefährdungseinschätzung einbezogen werden, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird.

…

(5) …

Einerseits werden für ein Tätigwerden »gewichtige Anhaltspunkte« für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder Jugendlichen verlangt, andererseits soll zur Einschätzung dieser Gefährdung eine »insoweit erfahrene Fachkraft« herangezogen werden. Gerade diese beiden Punkte bedürfen bei der Umsetzung des § 8a SGB VIII der besonderen Beachtung.

Mit der Vorschrift des § 8a SGB VIII wurde erstmals gesetzlich festgelegt, dass das Jugendamt – hat es Kenntnis von einer Kindeswohlgefährdung bzw. auch nur von entsprechenden Hinweisen – von sich aus den Sachverhalt aktiv aufzuklären hat, um danach das Gefährdungsrisiko einschätzen zu können. Insbesondere muss nach Sachverhaltsaufklärung entschieden werden, ob und welche konkreten weiteren Maßnahmen erforderlich sind: Hilfen, Beratung, Einschaltung des Familiengerichts, Information der Polizei oder andere Maßnahmen. **Im Einzelfall können Versäumnisse von Jugendämtern eine Verurteilung zum Schadensersatz zur Folge haben.**

Der Bundesgerichtshof hat Jugendämter wegen Amtspflichtverletzung zu Schadensersatz verurteilt im Zusammenhang mit dem Zuständigkeitswechsel für Pflegefamilien (BGH-Entscheidung vom 21.10.2004, ZfJ 2005, 167).

Kern der gesetzlichen Regelung des § 8a SGB VIII ist die Einschätzung des Gefährdungsrisikos, sei es, um präventiv tätig werden zu können, oder um konkrete Eingriffe zum Schutze des Kindes einzuleiten. Eine weitere Konkretisierung des Vorgehens zur Beschaffung von Informationen und zur Beurteilung des Gefährdungsgrades soll durch jugendamtsinterne Dienstanweisungen erfolgen. Hinzu kommen Empfehlungen zur Umsetzung des § 8a SGB VIII in Form von (Symptom-)Listen. Dabei ist der Begriff der »Kindeswohlgefährdung« auch weiterhin kaum hinreichend präzisiert; auch hier sollten abzuschließende Vereinbarungen zwischen dem Jugendamt und den freien Trägern der Jugendhilfe wichtige Konkretisierungen bringen.

Die in § 8a Abs. 4 SGB VIII genannte »insoweit erfahrene Fachkraft« wird in § 72 SGB VIII näher beschrieben:

§ 72 SGB VIII [Mitarbeiter, Fortbildung]

(1) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen bei den Jugendämtern und Landesjugendämtern hauptberuflich nur Personen beschäftigen, die sich für die jeweilige Aufgabe nach ihrer Persönlichkeit eignen und eine dieser Aufgabe entsprechende Ausbildung erhalten haben (Fachkräfte) oder aufgrund besonderer Erfahrungen in der sozialen Arbeit in der Lage sind, die Aufgabe zu erfüllen. Soweit die jeweilige Aufgabe dies erfordert, sind mit ihrer Wahrnehmung nur Fachkräfte oder Fachkräfte mit entsprechender Zusatzausbildung zu betrauen. Fachkräfte verschiedener Fachrichtungen sollen zusammenwirken, soweit die jeweilige Aufgabe dies erfordert.
(2) Leitende Funktionen des Jugendamts oder des Landesjugendamts sollen in der Regel nur Fachkräften übertragen werden.
(3) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe haben Fortbildung und Praxisberatung der Mitarbeiter des Jugendamts und des Landesjugendamts sicherzustellen.

Mit der Regelung in § 72 SGB VIII werden allgemeine qualifikatorische Standards für die im Jugendamt bzw. Landesjugendamt tätigen Personen festgeschrieben, verbunden mit der Verpflichtung zur Fortbildung und Praxisberatung dieser Mitarbeiter, bei denen es sich im weitesten Sinne um »soziale Fachkräfte« handeln soll. Die in § 72 SGB VIII verlangte persönliche Eignung wird in § 72a SGB VIII dahingehend konkretisiert, dass Personen, die wegen einer der dort genannten Straftaten verurteilt wurden, generell als ungeeignet anzusehen sind. So heißt es in § 72a SGB VIII u. a.:

§ 72a Abs. 1 und Abs. 2 SGB VIII [Tätigkeitsausschluss einschlägig vorbestrafter Personen]

(1) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe dürfen für die Wahrnehmung der Aufgaben in der Kinder- und Jugendhilfe keine Person beschäftigen oder vermitteln, die rechtskräftig wegen einer Straftat nach den §§ 171, 174 bis 174c, 176 bis 180a, 181a, 182 bis 184g, 225, 232 bis 233a, 234, 235 oder 236 des Strafgesetzbuches verurteilt worden ist. Zu diesem Zweck sollen sie sich bei der Einstellung oder Vermittlung und in regelmäßigen Abständen von den betroffenen Personen ein Führungszeugnis nach § 30 Absatz 5 und § 30a Absatz 1 Bundeszentralregistergesetz vorlegen lassen.

(2) Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sollen durch Vereinbarungen mit den Trägern der freien Jugendhilfe sicherstellen, dass diese keine Person, die wegen einer Straftat nach Absatz 1 Satz 1 rechtskräftig verurteilt worden ist, beschäftigen.

Damit muss jeder Träger der öffentlichen Jugendhilfe und – entsprechend eingegangener vertraglicher Verpflichtung – auch jeder andere Träger von Mitarbeitern bei der Ersteinstellung sowie in regelmäßigen Abständen die Vorlage eines polizeilichen Führungszeugnisses verlangen. Die strafrechtliche Unbescholtenheit ist eine notwendige, aber keine hinreichende Voraussetzung für die persönliche Eignung als »erfahrene Fachkraft« für die Arbeit z. B. in einem Jugendamt.

Interventionsmöglichkeiten des Jugendamts

Zu den gesetzlich vorgesehenen Interventionsmöglichkeiten des Jugendamts gehören nach ihrer Eingriffsintensität abgestufte Möglichkeiten; die Hilfen etc. werden jedoch nicht aufgedrängt, sondern von den Sorgeberechtigten beantragt. Diese orientieren sich an dem Ausmaß der gegebenen Gefährdungssituation, was sich an den §§ 27–35 SGB VIII ablesen lässt.

- Hilfe zur Erziehung (§ 27 SGB VIII),
- Erziehungsberatung (§ 28 SGB VIII),
- Organisation der Teilnahme an sozialer Gruppenarbeit (§ 29 SGB VIII),
- Etablierung eines Erziehungsbeistands bzw. Betreuungshelfers (§ 30 SGB VIII),
- sozialpädagogische Familienhilfe (§ 31 SGB VIII),
- Erziehung in einer Tagesgruppe (§ 32 SGB VIII),
- Vollzeitpflege (§ 33 SGB VIII),
- Heimerziehung, sonstige betreute Wohnform (§ 34 SGB VIII),
- intensive sozialpädagogische Einzelbetreuung von Jugendlichen (§ 35 SGB VIII).

In akuten Notfällen ist das Jugendamt berechtigt und verpflichtet zu einer sofortigen Inobhutnahme von Kindern und Jugendlichen und deren anderweitiger Unterbringung (§ 42 SGB VIII).

Pflichtvorsorgeuntersuchungen

Insbesondere spektakuläre Todesfälle von Säuglingen und Kleinkindern als Folge längerdauernder Vernachlässigung haben zu der Forderung nach gesetzlicher Einführung von Pflichtvorsorgeuntersuchungen geführt. Dem wird entgegengehalten, dass eine effektive Betreuung gefährdeter Familien und Kinder weniger an gesetzlichen Vorgaben scheitert als an der mangelnden personellen Ausstattung der Jugendämter. Diese unterliegen nicht der Rechtskontrolle durch den Bund oder die Bundesländer, weil es sich bei den Jugendämtern um kommunale Behörden handelt.

Darüber hinaus ist nicht erkennbar, dass Vorsorgeuntersuchungen tatsächlich geeignet sind, Misshandlungsfälle in nennenswertem Umfang zu erkennen bzw. aufzudecken. Einerseits sind Zweifel an der Qualifikation der untersuchenden Ärzte angebracht, andererseits haben auch die bereits bestehenden Vorsorgeuntersuchungen Kindesmisshandlungen offenbar nicht verhindern können. Mit der Einführung von (zusätzlichen) Pflichtvorsorgeuntersuchungen wird insbesondere den Pädiatern seitens der politischen Entscheidungsträger Verantwortung zugeschoben, ohne dass die gleichen Entscheidungsträger sich im erforderlichen Umfang zum Aufbau und zur Finanzierung sinnvoller, zielgerichteter Interventionsstrukturen bekennen.

20.3 Bestimmungen in der Strafprozessordnung und zum Opferschutz in Strafverfahren

Gelangt eine Straftat zur Kenntnis der Ermittlungsbehörden (Polizei, Staatsanwaltschaft) bzw. wurde Strafantrag gestellt, so wird ein offizielles Ermittlungsverfahren (Vorverfahren) eröffnet, dessen Ziel es ist, festzustellen, ob der Tatbestand einer Straftat des Strafgesetzbuches vorliegt.

Verjährung

Bereits seit dem Gesetz zur Stärkung der Rechte von Opfern sexuellen Missbrauchs (StORMG) vom 29. Juni 2013 können Sexualstraftaten länger strafrechtlich verfolgt werden (§§ 78b Abs. 1 Nr. 1 StGB). Die Verjährung beginnt je nach Straftatbestand erst mit der Vollendung des 30. Lebensjahres, eine straf-

rechtliche Verfolgung ist in vielen Fällen bis zur Vollendung des 40. Lebensjahres des Opfers möglich. Zivilrechtliche Schadensersatzansprüche verjähren erst nach 30 Jahren. Diese Verlängerung gilt sowohl wegen vorsätzlicher Verletzung des Rechts auf sexuelle Selbstbestimmung, als auch bei vorsätzlicher Verletzung des Lebens, des Körpers, der Gesundheit und der Freiheit des Opfers. Die Höhe der Schadensersatz- bzw. Schmerzensgeldsummen hängt vom Einzelfall ab. Einer tagelang festgehaltenen und mehrfach vergewaltigten Schülerin hatte das LG Wuppertal Schmerzensgeld i.H.v. 100.000,- EUR zugesprochen (LG Wuppertal, Urt. v. 05.02.2013 – 16 O 95/12).

Die Ermittlungsbehörden haben zunächst die objektive Wahrheit zu ermitteln, bevor in einem Zwischenverfahren das zuständige Gericht angerufen wird mit dem Antrag, es solle gegen beschuldigte Personen eine bestimmte Anklage zulassen und die Hauptverhandlung durchführen.

Beweiserhebung

Am Anfang der Ermittlungstätigkeit steht im Regelfall die Aufnahme von Aussagen des Opfers oder auch weiterer Personen als Zeugen. Behandelnde Ärzte können gegenüber der Polizei Aussagen machen, wenn die Vorausetzungen für eine Durchbrechung der ärztlichen Schweigepflicht vorliegen, was bei begründetem Verdacht auf Kindesmisshandlung und/oder Kindesmissbrauch regelmäßig bejaht wird. Soll ärztlicherseits keine Aussage erfolgen, muss die Polizei ggf. versuchen, einen richterlichen Beschlagnahmebeschluss für die Krankenunterlagen zu erwirken. Auch wenn dem Verdacht auf eine Kindesmisshandlung polizeilicherseits immer nachgegangen wird, so muss keineswegs jeder Fall vor Gericht enden. Letztlich entscheidet die Staatsanwaltschaft, ob Anklage vor einem Strafgericht erhoben werden soll.

Problematisch ist insbesondere die Situation, dass kindliche Gewaltopfer ein Zeugnisverweigerungsrecht aus persönlichen Gründen haben, wenn der Beschuldigte ein Familienangehöriger ist (§ 52 StPO). Dieser Fall ist in der Praxis keineswegs selten. Weiterhin gilt die Vorgabe in § 52 Abs. 2 StPO:

§ 52 Abs. 2 StPO [Zeugnisverweigerungsrecht der Angehörigen des Beschuldigten]

(2) Haben Minderjährige wegen mangelnder Verstandesreife … von der Bedeutung des Zeugnisverweigerungsrechts keine genügende Vorstellung, so dürfen sie nur vernommen werden, wenn sie zur Aussage bereit sind und auch ihr gesetzlicher Vertreter der Vernehmung zustimmt. Ist der gesetzliche Vertreter selbst Beschuldigter, so kann er über die Ausübung des Zeugnisverweigerungsrechts nicht entscheiden; das gleiche gilt für den nicht beschuldigten Elternteil, wenn die gesetzliche Vertretung beiden Eltern zusteht.

Es leuchtet unmittelbar ein, dass der gesetzliche Vertreter als Beschuldigter bzw. Tatverdächtiger nicht die Möglichkeit bekommen soll, eine ihn belastende Aussage unter Berufung auf § 52 Abs. 2 StPO zu verhindern. In diesen Fällen ist ein Entzug des Sorgerechts zu veranlassen und es wird ein sog. Ergänzungspfleger für die Entscheidung über die Ausübung des Zeugnisverweigerungsrechts im Ermittlungsverfahren gegen einen sorgeberechtigten Elternteil bestellt (vgl. dazu OLG Schleswig-Holstein, Beschl. v. 20.11.2012 – Az.: 10 WF 187/12)

Neben dem Zeugnisverweigerungsrecht können Minderjährige unter bestimmten Voraussetzungen aber auch die zur Beweissicherung notwendige Untersuchung verweigern. Dazu heißt es in § 81c Abs. 3 StPO:

§ 81c Abs. 3 StPO [Untersuchung anderer Personen]

(3) Untersuchungen … können aus den gleichen Gründen wie das Zeugnis verweigert werden. Haben Minderjährige wegen mangelnder Verstandesreife … von der Bedeutung ihres Weigerungsrechts keine genügende Vorstellung, so entscheidet der gesetzliche Vertreter; …

Als strafprozessuale Schutznorm, die den Schutz des Opfers bzw. Zeugen vor bloßstellenden Fragen bezweckt, ist § 68a StPO zu nennen. Die Regelung soll die Persönlichkeit und die Intimsphäre des Zeugen/Verletzten während der Vernehmung schützen. Fragen nach entehrenden Tatsachen oder solchen Tatsachen, die den persönlichen Lebensbereich betreffen, sind nur zulässig, wenn dies unerlässlich ist. Dies gilt insbesondere auch für die Vernehmung von Opfern einer Sexualstraftat, da sich gerade diese Opfer nicht

selten einer eingehenden Suche nach Zweifeln an ihrer Glaubwürdigkeit durch Fragen – zum Beispiel, aber nicht nur – der Verteidigung ausgesetzt sehen.

Die Interessen besonders schutzbedürftiger Zeugen, zu denen Kinder immer zählen, sollen weiterhin geschützt werden durch § 58a StPO, der die Bild-Ton-Aufzeichnung der nicht nur richterlichen Vernehmung eines Zeugen bzw. Opfers erlaubt. Bei Gewaltopfern unter 18 Jahren soll dies geschehen, aber auch, wenn die Besorgnis besteht, dass eine Vernehmung in der Hauptverhandlung nicht möglich sein könnte und die Aufzeichnung zur Erforschung der Wahrheit unverzichtbar ist. Sofern das Opfer nicht widerspricht, können aber die zur Akteneinsicht Berechtigten, also grundsätzlich auch der Verteidiger des Beschuldigten, Kopien der Aufzeichnung bekommen (§ 58a Abs. 2 Satz 3 StPO). Widerspricht das Opfer, so ist den zur Akteneinsicht Berechtigten ein schriftliches Protokoll der Aufzeichnung zu überlassen (§ 58a Abs. 3 StPO).

▪ Richtlinien für Polizei und Staatsanwaltschaft

Für die ermittelnde Polizeibehörde bzw. die Staatsanwaltschaft gibt es zum Vorgehen »Richtlinien für das Strafverfahren und das Bußgeldverfahren (RiStBV)« in der ab 01.02.1997 (bundeseinheitlich) geltenden Fassung. Zur Vernehmung von Kindern und Jugendlichen finden sich Vorgaben unter mehreren Punkten.

19. Vernehmung von Kindern und Jugendlichen

(1) Eine mehrmalige Vernehmung von Kindern und Jugendlichen vor der Hauptverhandlung ist wegen der damit verbundenen seelischen Belastung dieser Zeugen nach Möglichkeit zu vermeiden.
(2) Bei Zeugen unter 18 Jahren soll zur Vermeidung wiederholter Vernehmungen von der Möglichkeit der Aufzeichnung auf Bild-Ton-Träger Gebrauch gemacht werden (§ 58a Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, § 255a Abs. 1 StPO). Hierbei ist darauf zu achten, dass die vernehmende Person und der Zeuge gemeinsam und zeitgleich in Bild und Ton aufgenommen und dabei im Falle des § 52 StPO auch die Belehrung und die Bereitschaft des Zeugen zur Aussage (§ 52 Abs. 2 Satz 1 StPO) dokumentiert werden. Für die Anwesenheit einer Vertrauensperson soll nach Maßgabe des § 406f Abs. 3 StPO Sorge getragen werden. Mit Blick auf die spätere Verwendung der Aufzeichnung als Beweismittel in der Hauptverhandlung (§ 255a StPO) empfiehlt sich eine richterliche Vernehmung (§§ 168c, 168e StPO). Bei Straftaten im Sinne des § 255a Abs. 2 Satz 1 StPO soll rechtzeitig darauf hingewirkt werden, dass der Beschuldigte und sein Verteidiger Gelegenheit haben, an der Vernehmung mitzuwirken.
(3) …
(4) Alle Umstände, die für die Glaubwürdigkeit des Kindes oder Jugendlichen bedeutsam sind, sollen möglichst frühzeitig festgestellt werden. Es ist zweckmäßig, hierüber Eltern, Lehrer, Erzieher oder andere Bezugspersonen zu befragen; gegebenenfalls ist mit dem Jugendamt Kontakt aufzunehmen.
(5) Bleibt die Glaubwürdigkeit zweifelhaft, so ist ein Sachverständiger, der über besondere Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Kinderpsychologie verfügt, zuzuziehen.

In einem gesonderten Abschnitt zu Sexualstraftaten finden sich in den Richtlinien Vorgaben zum Umgang mit Verletzten, zur Beschleunigung in Verfahren mit kindlichen Opfern, zur Vernehmung von Kindern sowie zum Ausschluss bzw. der Beschränkung der Öffentlichkeit:

220. Rücksichtnahme auf Verletzte

(1) Die Anordnung und Durchführung der körperlichen Untersuchung erfordern Behutsamkeit, Einfühlungsvermögen sowie hinreichende Betreuung und Information. Die Durchführung der körperlichen Untersuchung sollte mit Rücksicht auf das Schamgefühl des Opfers möglichst einer Person gleichen Geschlechts oder einer ärztlichen Kraft (§ 81d StPO) übertragen werden. Bei berechtigtem Interesse soll dem Wunsch, die Untersuchung einer Person oder einem Arzt bestimmten Geschlechts zu übertragen, entsprochen werden. Auf Verlangen der betroffenen Person soll eine Person des Vertrauens zugelassen werden. Auf die beiden vorgenannten Regelungen ist die betroffene Person hinzuweisen.
(2) Lichtbilder von Verletzten, die sie ganz oder teilweise unbekleidet zeigen, sind in einem verschlossenen Umschlag oder gesondert geheftet zu den Akten zu nehmen und bei der Gewährung von Akteneinsicht – soweit sie nicht für die verletzte Person selbst erfolgt – vorübergehend aus den Akten zu entfernen. Der Verteidigung ist insoweit Akteneinsicht auf der Geschäftsstelle zu gewähren (§ 147 Abs. 4 Satz 1 StPO).

Gelegentlich kommt es vor, dass bereits von Anfang an oder in einem sehr frühen Stadium der polizeilichen Ermittlungen ein Beschuldigter identifiziert ist und anwaltlich vertreten wird. Der Rechtsanwalt bzw. Verteidiger des Beschuldigten hat jedoch kein Recht auf Anwesenheit bei der Befragung von Zeugen bzw. (minderjährigen) Gewaltopfern, er hat ebenfalls kein Anwesenheitsrecht bei der Untersuchung von Zeugen bzw. Gewaltopfern.

221. Beschleunigung von Verfahren mit kindlichen Opfern

(1) Das Verfahren ist zu beschleunigen, vor allem deswegen, weil das Erinnerungsvermögen der Kinder rasch verblasst und weil sie besonders leicht zu beeinflussen sind.
(2) Wird ein Beschuldigter, der in häuslicher Gemeinschaft mit dem Geschädigten lebt oder der auf diesen in anderer Weise unmittelbar einwirken kann, freigelassen, so ist das Jugendamt unverzüglich zu benachrichtigen, damit die erforderlichen Maßnahmen zum Schutze des Geschädigten ergriffen werden können. Die Benachrichtigung obliegt derjenigen Stelle, welche die Freilassung veranlasst hat.

Für die Durchführung der Hauptverhandlung sehen die Richtlinien (RiStBV) eine vorrangige Vernehmung von Kindern und Jugendlichen vor:

135. Zeugen und Sachverständige

(1) Über das Erforderliche hinausgehende Begegnungen von Zeugen, insbesondere von Opfern, mit dem Angeklagten, sollen vermieden, spezielle Warteräume für Zeugen genutzt werden.
(2) Zeugen und Sachverständige, die für die weitere Verhandlung nicht mehr benötigt werden, sollen nach ihrer Vernehmung entlassen werden.
(3) Kinder und Jugendliche sind möglichst vor anderen Zeugen zu vernehmen. In den Warteräumen sollen sie beaufsichtigt und, soweit möglich, betreut werden.
(4) Der Staatsanwalt soll durch geeignete Anträge auf eine entsprechende Verfahrensweise hinwirken.

Im Vorverfahren müssen die Beweise erhoben werden, die für ein Strafverfahren von Bedeutung sind. Zu diesem Zweck hat der Gesetzgeber in der Strafprozessordnung Regelungen getroffen, die festlegen, wie die Ermittlungsbehörden u. a. gegenüber Beschuldigten und Zeugen vorgehen können.

Beschuldigte, Zeugen, Geschädigte

Dabei gibt es einerseits Bestimmungen zur Untersuchung von Beschuldigten und Zeugen (Opfern) einer Gewalttat, aber auch Regelungen zur Durchführung von DNA-Analysen und DNA-Identitätsfeststellungen sind in der Strafprozessordnung enthalten (§§ 81a ff. StPO). § 81a StPO regelt die körperliche Untersuchung von Personen, die als Beschuldigte auch zwangsweise körperlich untersucht werden können. Die medizinische Untersuchung anderer Personen regelt § 81c StPO, also insbesondere auch die körperliche Untersuchung von Gewaltopfern. Dabei differenziert der Gesetzgeber nicht nach dem Alter des Gewaltopfers, die Regelung gilt also sowohl für Erwachsene als auch für Säuglinge, Kinder und Jugendliche.

Während § 81c StPO die Untersuchung anderer Personen regelt, legt § 81d StPO Regeln zur Untersuchung einer Frau fest, die für alle weiblichen Personen gelten.

§ 81d StPO [Verletzung des Schamgefühls]

(1) Kann die körperliche Untersuchung das Schamgefühl verletzen, so wird sie von einer Person gleichen Geschlechts oder von einer Ärztin oder einem Arzt vorgenommen. Bei berechtigtem Interesse soll dem Wunsch, die Untersuchung einer Person oder einem Arzt bestimmten Geschlechts zu übertragen, entsprochen werden. Auf Verlangen der betroffenen Person soll eine Person des Vertrauens zugelassen werden. Die betroffene Person ist auf die Regelungen der Sätze 2 und 3 hinzuweisen.
(2) Diese Vorschrift gilt auch dann, wenn die betroffene Person in die Untersuchung einwilligt.

Nach dem Vorverfahren folgt, falls die Staatsanwaltschaft Anklage erheben will, das Zwischenverfahren. Will die Staatsanwaltschaft keine Anklage erheben, wird im Regelfall das Ermittlungsverfahren beendet. Auch im Zwischenverfahren können die Staatsanwaltschaft, der Angeklagte (über seinen Verteidiger) und das als Nebenkläger (anwaltlich vertretene) Gewaltopfer Anträge stellen und z. B. bestimmte Untersuchungsmaßnahmen verlangen, z. B. eine erneute körperliche Untersuchung, die Heranziehung von Krankenunterlagen, die Bestellung eines (anderen oder bestimmten) medizinischen Sachverständigen u. a.

Nicht selten wird in einem Strafverfahren seitens des Angeklagten und seiner Verteidigung versucht, die Glaubwürdigkeit des (minderjährigen) Opfers in Zweifel zu ziehen und dabei auch das Privat- und Intimleben des Opfers zum Gegenstand der Beweisaufnahme zu machen. Erst sehr spät hat der Bundesgerichtshof einem solchen Verhalten Grenzen gesetzt und den Schutz der Persönlichkeit eines Zeugen im Strafverfahren umschrieben. In den (nichtamtlichen) Leitsätzen zu dem BGH-Beschluss vom 11.01.2005 – 1 StR 498/04 – heißt es:

(Nichtamtliche) Leitsätze zum BGH-Beschluss vom 11.01.2005 – 1 StR 498/04

1. Auch im Rahmen seiner Verpflichtung zur Wahrheitsermittlung hat das Gericht – ebenso wie auch die Ermittlungsbehörden – auf die Achtung der menschlichen Würde eines Zeugen Bedacht zu nehmen.
2. Erörterungen und Beweiserhebungen zu Privat- und insbesondere auch Intimleben eines Zeugen, die zu dem Verfahrensgegenstand in keinem unmittelbaren Zusammenhang stehen, sind nur nach sorgfältiger Prüfung ihrer Unerlässlichkeit statthaft.
3. Die in Leitsatz 2 enthaltene Regel gilt bei der Leitung der Tätigkeit eines Sachverständigen (§ 77 StPO) ebenso wie bei der Zulassung von Fragen (§§ 68a, 241 Abs. 2 StPO) und vor allem bei der Entscheidung über den Umfang der Beweisaufnahme (§ 244 Abs. 2 bis 4 StPO).

In diesem Zusammenhang ist besonders darauf hinzuweisen, dass bei minderjährigen Gewaltopfern und nicht geständigem Tatverdächtigem auch Fragen der Glaubwürdigkeit des Opfers, der Zeugenfähigkeit und der Suggestibilität von Bedeutung sein können und entsprechende, z. B. kinderpsychologische bzw. kinderpsychiatrische Explorationen veranlasst werden können, dies auch im Auftrag des Gerichts.

Glaubwürdigkeitsgutachten

Zu den Qualitätsanforderungen an Glaubwürdigkeitsgutachten bei minderjährigen Zeugen nach behauptetem sexuellem Missbrauch hat sich der Bundesgerichtshof geäußert (BGH, Urt. v. 30.07.1999 – 1 StR 618/98; Recht & Psychiatrie 2000; 18: 30–35). Es wurden Kriterien formuliert, denen ein Glaubwürdigkeitsgutachten im Hinblick auf Qualität und Umfang der Exploration, der Untersuchung und der Analyse der Befunde genügen muss. Dabei erfordert das Erstellen von Glaubwürdigkeitsgutachten auch spezielle Kenntnisse auf dem Gebiet der Aussagepsychologie.

Bereits im Jahr 1971 hatte der BGH entschieden, dass jedenfalls in den Fällen, in denen ein zu untersuchendes Kind psychopathologische Auffälligkeiten zeigt, neben einem Psychologen oder auch allein eine Begutachtung durch einen Arzt bzw. einen Kinder- und Jugendpsychiater erfolgen muss (BGH NJW 1971, 1993).

Ein Glaubwürdigkeitsgutachten wird im Regelfall gerade dann erforderlich, wenn andere Beweismittel nicht zur Verfügung stehen. Die Frage das Gerichts lautet in solchen Fällen z. B., »ob die Erzählungen und nonverbalen Äußerungen des Kindes X über sexuelle Handlungen auf tatsächlichen Erlebnisinhalten beruhen und als Täter der Y in Frage kommt«. Zur Beantwortung dieser Fragen ist eine Reihe von Aspekten zu berücksichtigen:

- Alter des Kindes.
- Zeichen der Verwahrlosung.
- Zeichen der Retardierung.
- Objektive Testverfahren zur Untersuchung, z. B. der kognitiven Entwicklung des Kindes; die eingesetzten Testverfahren müssen durch die gebildeten Hypothesen indiziert, d. h. geeignet sein, zu deren Überprüfung beizutragen.
- Überprüfung der Suggestibilität.
- Einschätzung der sexualbezogenen Kenntnisse und Erfahrungen des Kindes.
- Überprüfen der Motivlage (Angst? Selbstwertprobleme? Gesteigertes Geltungsbedürfnis?).
- Vermeiden einer suggestiven Befragungstechnik (Gibt es fremdsuggestive Einflüsse?).
- Zahl der vorausgegangenen »Befragungen« des Kindes.
- Zurückliegender Zeitraum zwischen dem vermuteten Tatgeschehen, den Befragungen und dem Untersuchungstermin.
- Inhaltliche Konstanz der Aussagen des Kindes (Gibt es Selbstkorrekturen, Selbstbelastungen? Werden Erinnerungslücken eingeräumt?

Finden sich Übereinstimmungen, Widersprüche, Ergänzungen und Auslassungen zu unterschiedlichen Befragungszeitpunkten? Sind diese durch normale Gedächtnisunsicherheiten zu erklären?).
- Quantitativer Detailreichtum in den Aussagen des Kindes (Werden ausgefallene Einzelheiten und psychische Vorgänge geschildert?).
- Stimmen raum-zeitliche Verknüpfungen?
- Gibt es deliktspezifische Aussageelemente?
- Wurden Erinnerungslücken infolge eines Bemühens um Konsistenz »konstruktiv geschlossen«?
- Hinweise auf andere Täter als den Beschuldigten bzw. Angeklagten?
- Differenzierung in allgemeine Glaubwürdigkeit (als dauerhafte personale Eigenschaft) und spezielle Glaubwürdigkeit (bezogen auf ein bestimmtes Ereignis als Glaubhaftigkeit der speziellen Aussage); allerdings ist die Existenz einer personalen Eigenschaft »Glaubwürdigkeit« erfahrungswissenschaftlich umstritten. Der 1. Strafsenat des BGH hat die Bezeichnung »Glaubhaftigkeitsbegutachtung« gewählt.
- Die Durchführung fremdanamnestischer Befragungen (Eltern, Angehörige, Erzieher, Lehrer etc.) durch oder in Anwesenheit des Sachverständigen wird kritisch gesehen, auch im Hinblick auf deren Verwertbarkeit für ein Glaubhaftigkeitsgutachten.

Am Ende kann eine gutachterliche Aussage eine hohe Aussagekraft und damit einen wichtigen Indizwert für die Glaubhaftigkeit haben, wenn diese Aussage aus der Gesamtheit aller Indikatoren hergeleitet wird, auch wenn dem einzelnen Indikator kein hoher Stellenwert zukommt.

Im Grundsatz hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten gezeigt, dass Aussagen von Kindern relativ zuverlässig sind, sog. falsch positive Aussagen zum Tatgeschehen sind eher die Ausnahme, allerdings wird gelegentlich die falsche Person beschuldigt.

Ein grob fahrlässig fehlerhaft erstelltes Glaubwürdigkeitsgutachten kann im Einzelfall zu Schadensersatzforderungen gegenüber dem Gutachter führen (Haftung des gerichtlichen Sachverständigen gemäß § 835a BGB).

Der Bundesgerichtshof hat sich in einer Entscheidung aus dem Jahr 1999 in einem Urteil zu Glaubhaftigkeitsgutachten geäußert, zu dem folgende Leitsätze formuliert wurden:

Leitsätze zum BGH-Urteil vom 30.07.1999 – 1 StR 618/98

1. Psychologische Glaubhaftigkeitsgutachten müssen dem methodologischen Standard ihrer Wissenschaft entsprechen. Sie müssen von der hypothetischen Annahme ausgehen, die Aussage sei unwahr, und überprüfen, ob diese Annahme für jeden der dafür in Betracht kommenden Gründe aufgrund der Anknüpfungstatsachen zu verwerfen ist.
2. Beim Einsatz von Untersuchungsverfahren und Tests sind deren Reichweite und Validität, also die Grenzen ihres Anwendungsbereichs, zu berücksichtigen.
3. Der Sachverständige hat seine Untersuchung in dem Gutachten darzustellen. Diese Darstellung steht unter den Geboten der Transparenz und der Nachvollziehbarkeit, damit überprüfbar ist, wie der Sachverständige zu seinen Untersuchungsergebnissen und Schlüssen gelangt.

(BGH, Urt. v. 30.07.1999 – 1 StR 618/98 – Recht & Psychiatrie 2000; 18: 30–36 mit Anm. Volckart)

Es ist jedoch auch darauf hinzuweisen, dass beim Verdacht einer an einem Kind begangenen Sexualstraftat schon zu dessen erster Vernehmung ein Sachverständiger beigezogen werden soll, der über besondere Kenntnisse und Erfahrungen auf dem Gebiet der Kinderpsychologie verfügt (Nr. 222 Abs. 1 RiStBV). Im Gegensatz zu einem ordnungsgemäß erstellten Glaubhaftigkeitsgutachten kommt der Ausdeutung von Kinderzeichnungen oder auch der Deutung von Interaktionen, die Kinder unter Einsatz sog. anatomisch korrekter Puppen darstellen, in forensisch-aussagepsychologischen Gutachten keine Bedeutung zu (BGH StV 1995, 563).

Rechte eines Gewaltopfers

Kommt es als Folge eines Strafantrages des Gewaltopfers oder weil die Staatsanwaltschaft das öffentliche Interesse an einer Strafverfolgung bejaht hat,

zu einem formellen Verfahren gegen den oder die Täter, so gibt das Gesetz dem Gewaltopfer eine Reihe von Rechten.

Das minderjährige Gewaltopfer ist regelmäßig bei schwereren Delikten mit schwieriger Sach- und Rechtslage nicht in der Lage, seine Interessen selbst wahrzunehmen. In diesen Fällen ist dem Opfer Prozesskostenhilfe zu gewähren und ein Opferanwalt zu bestellen (§ 397a StPO). Ein entsprechender Antrag ist an das Gericht zu richten; die Entscheidung des Gerichts ist nicht anfechtbar.

Mit dem Opferrechtsreformgesetz von 2004 wurde zur Vermeidung unnötig häufiger Vernehmungen des kindlichen Zeugen die sachliche Zuständigkeit des Landgerichts erweitert (§ 24 Abs. 1 Nr. 3, § 74 Abs. 1 Satz 2 GVG). Die Staatsanwaltschaft kann, unabhängig von der Höhe der zu erwartenden Strafe (den erwarteten Rechtsfolgen) direkt Klage beim Landgericht erheben wegen der besonderen Schutzbedürftigkeit von Opferzeugen. Dies hat zur Folge, dass es lediglich eine Tatsacheninstanz gibt, d. h. auch das Opfer muss nur einmal vor Gericht erscheinen und aussagen. Dies soll gerade Opfer von Sexualstraftaten entlasten, die unter wiederholten Vernehmungen, und seien diese auch nichtöffentlich, zu leiden haben.

Videovernehmung

Um hier eine weitere Entlastung des kindlichen Opferzeugen zu ermöglichen, wurde 1998 über das Zeugenschutzgesetz die Möglichkeit der Videovernehmung eingeführt. Diese soll einerseits dazu dienen, Mehrfachvernehmungen zu vermeiden, und andererseits dem Opfer die unmittelbare räumliche Konfrontation mit dem Beschuldigten bzw. Angeklagten ersparen (§§ 58a, 168a, 247a StPO).

Darüber hinaus galt die Videovernehmung lange Zeit als »letztes Mittel«, wenn andere Maßnahmen wie die Entfernung des Angeklagten aus dem Gerichtssaal oder der Ausschluss der Öffentlichkeit ausgeschöpft waren. Eine Nachbesserung erfolgte erst mit der Einführung des § 247a StPO, wonach die Videovernehmung (Aussage »in camera«) als gleichberechtigtes Mittel neben der Entfernung des Angeklagten aus dem Sitzungssaal und dem Ausschluss der Öffentlichkeit steht.

Ausdrücklich geregelt ist auch, dass eine Weitergabe der Videoaufzeichnung an nicht unmittelbar zur Akteneinsicht berechtigte Personen, also z. B. an den Beschuldigten bzw. Angeklagten, der Einwilligung des Opfers bzw. Zeugen bedarf (§ 58a Abs. 2 StPO). Für die Praxis wurde auch vorgeschlagen, einen »Video-Link« zwischen dem Gerichtssaal und einem Vernehmungszimmer zu installieren. Dann kann die Vernehmung des minderjährigen Opfers als Zeuge allein durch einen Richter erfolgen, der Verteidigung wird eine audiovisuelle Interventionsmöglichkeit zugestanden.

Hinzu kommt, dass Mehrfachvernehmungen auch vermieden werden können, indem ganze Vernehmungen vor dem Richter am Amtsgericht, sollte dort die erstinstanzliche Verhandlung stattfinden, mittels Tonband protokolliert werden. Diese Tonbandprotokolle können ggf. in der Berufungsverhandlung noch einmal gehört werden, als Zugriff auf die in der ersten Instanz vollständig dokumentierten Vernehmungen (§ 273 Abs. 2, § 323 Abs. 2 StPO). Allerdings wird bei Verfahren vor dem Landgericht und dem Oberlandesgericht zur Vermeidung von Verfahrensrügen von einer Tonbandaufzeichnung abgesehen.

Schließlich musste das Opfer in der Vergangenheit nur über den Ausgang des Strafverfahrens unterrichtet werden, später wurde ein Informationsrecht über den Stand des Verfahrens in jeder Verfahrenslage eingeführt. Zu den abfragbaren Informationen gehört die Entscheidung über die Eröffnung des Hauptverfahrens vor Gericht, über den Sachstand allgemein und auch die Frage, ob der Angeklagte/Beschuldigte inhaftiert ist, ob seine Haftentlassung beabsichtigt ist oder ob er sich auf freiem Fuß befindet (§ 406d StPO). Letzteres ist insbesondere von Bedeutung, wenn das Opfer eine Begegnung mit dem Tatverdächtigen fürchtet.

Das Gewaltopfer soll möglichst frühzeitig auf die Möglichkeit des Adhäsionsverfahrens und auf Angebote von Opferhilfeeinrichtungen hingewiesen werden (§§ 406 d und h StPO).

Adhäsionsverfahren

Das in den §§ 403 ff. StPO verankerte Adhäsionsverfahren soll eine Entschädigung des Verletzten bereits im Strafverfahren herbeiführen und so dem Opfer ein weiteres zivilrechtliches Verfahren zur

Erlangung von Schmerzensgeld und Schadensersatz ersparen. Diese bereits 1943 eingeführte und 1950 nahezu unverändert in die StPO übernommene Verfahrensvereinfachung blieb jedoch in der Praxis bis heute ohne größere Bedeutung. Im Jahr 2002 wurden im Bundesdurchschnitt nur in 0,59% aller strafrechtlichen Hauptverfahren im Adhäsionsverfahren entschieden (Betmann 2004). Einzelne Befürworter des Adhäsionsverfahrens meinen, dieses könne in bis zu 70% der Verfahren mit Verletzten zur Anwendung kommen, tatsächlich dürften wesentlich weniger Verfahren überhaupt geeignet sein.

Mit dem Opferrechtsreformgesetz aus dem Jahr 2004 sollte das Adhäsionsverfahren gestützt werden. Nunmehr gilt:

- Einen Antrag auf Entscheidung im Adhäsionsverfahren kann nur stellen, wer selbst Opfer eines Verbrechens ist.
- Die Berechtigung zur Antragsstellung ist nicht abhängig von einem Strafantrag des Opfers.
- Ein Antrag auf Entscheidung im Adhäsionsverfahren kann auch gestellt werden, wenn auf sonstige prozessuale Möglichkeiten, etwa auf die Verfahrensbeteiligung als Nebenkläger, verzichtet wird.
- Nicht antragsberechtigt sind Versicherungen.
- Antragsgegner ist allein der (verhandlungsfähige) Beschuldigte, nicht dessen Haftpflichtversicherung.
- Gegen Jugendliche – 14 bis 18 Jahre – (als Beschuldigte bzw. Täter) findet das Adhäsionsverfahren nicht statt.
- Gegen Heranwachsende – 18 bis 21 Jahre – findet das Adhäsionsverfahren nur statt, wenn Erwachsenenstrafrecht zur Anwendung kommt.
- Geltend gemacht werden können v. a. Schmerzensgeldansprüche (§ 253 Abs. 2 BGB), aber auch Herausgabe- und Bereicherungsansprüche, spezielle urheberrechtliche Ansprüche und auch der Anspruch auf Widerruf einer Behauptung.
- Anders als im Zivilverfahren muss der Verletzte nicht selbst Beweise beibringen; es gelten der Amtsermittlungsgrundsatz und die strengen Beweisanforderungen eines Strafverfahrens.
- Die Höhe des Schadens kann das Gericht selbst schätzen; es sind die §§ 249 ff. BGB zu beachten, die Art, Inhalt und Umfang der Schmerzensgeld- oder Schadensersatzleistung konkretisieren.
- Die zivilrechtliche Streitwertgrenze (§§ 23, 71 GVG) ist beim Adhäsionsverfahren unbeachtlich.
- Der Verletzte ist so früh wie möglich darauf hinzuweisen, dass und in welchem Umfang er einen aus der Straftat womöglich erwachsenen vermögensrechtlichen Anspruch geltend machen kann (§ 406h Abs. 2 StPO).
- Die Entscheidung im Adhäsionsverfahren erfolgt nach der Hauptverhandlung in dem Strafurteil, in dem der Angeklagte schuldig gesprochen wird. Das Gericht kann sich auf die Feststellung der Schadensersatzpflicht beschränken, die Schadensberechnung jedoch dem Zivilgericht überlassen.
- Grundsätzlich ist auch ein Vergleich möglich (§ 405 Abs. 1 StPO).
- Wird das Strafurteil rechtskräftig, kann nach den allgemeinen zivilprozessualen Vorschriften vollstreckt werden.

Als eine der Hauptursachen für die geringe Anwendung des Adhäsionsverfahrens in der Vergangenheit ist die häufige Nichtbeachtung der Informationspflicht gegenüber dem Opfer der Straftat zu nennen. Zuständig für die Information des Opfers ist die Staatsanwaltschaft, später auch das Gericht. Erfahrungen aus der ehemaligen DDR zeigen, dass bei verbreiteterer Kenntnis von der Möglichkeit eines Adhäsionsverfahrens dieses auch häufiger von Verletzten in Anspruch genommen wird. Es kommt hinzu, dass vor dem Inkrafttreten des Opferrechtsreformgesetzes Rechtsanwälte beim Adhäsionsverfahren weniger Gebühren in Rechnung stellen konnten, sodass auch von dieser Seite keine Motivation bestand, Schmerzensgeld- und Schadensersatzansprüche bereits im Strafverfahren geltend zu machen.

Die Vorteile des Adhäsionsverfahrens – raschere Regulierung von Ansprüchen, besserer Opferschutz – werden kaum bestritten, teilweise gibt es grundsätzliche Bedenken wegen der grundlegenden Verschiedenheit von Straf- und Zivilprozess. So muss das Opfer einer Straftat in einem Strafverfah-

ren primär Zeuge zur Feststellung der Tat bleiben. Geraten nun zivilrechtliche (finanzielle) Interessen des Opfers in den Vordergrund, so kann dies auch dessen Bedeutung bei der Aufklärung des Sachverhalts mindern.

Kritisiert wird, dass es bisher in Jugendstrafverfahren, d. h. wenn der Angeklagte noch Jugendlicher ist, keinen Opferanwalt gibt. Ebenso fehlt eine Regelung für die Opfer von Geiselnahme und Menschenraub.

20.3.1 Anhörung des Arztes als sachverständiger Zeuge

Behandelnde Ärzte können als sachverständige Zeugen vom Gericht geladen werden. Der Ladung ist unbedingt Folge zu leisten, Hinderungsgründe sind rechtzeitig mitzuteilen. Bis zur Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht (§ 203 StGB) gilt jedoch ein Zeugnisverweigerungsrecht (§ 53 Abs. 1 Nr. 3 StPO). Das Zeugnisverweigerungsrecht steht über § 53 Abs. 1 Nr. 3a und § 53a StPO auch den medizinischen Assistenzberufen bzw. den im medizinischen Bereich Auszubildenden zu.

Die Position des sachverständigen Zeugen vor Gericht ist abzugrenzen von der Rolle des vom Gericht oder einer beteiligten Partei benannten Sachverständigen. Die behandelnden Ärzte sind sachverständige Zeugen im Sinne des § 85 StPO, weil sie ihre Wahrnehmungen aufgrund besonderer Sachkunde gemacht haben. Sie können als solche exakter und detaillierter das Wahrgenommene berichten als andere Zeugen.

Sachverständige hingegen sagen aus über Wahrnehmungen, die sie im Auftrag des Gerichts, der Staatsanwaltschaft oder der Polizei aufgrund ihrer besonderen Sachkunde gemacht haben. Der Sachverständige vermittelt Kenntnisse, die seinem Auftraggeber fehlen, die dieser aber zu seiner Entscheidungsfindung benötigt. Insoweit teilt er seinem Auftraggeber – dem Gericht – Erfahrungssätze mit oder stellt mittels seiner Sachkunde Tatsachen fest oder bewertet bestimmte Tatsachen mit Hilfe der Erfahrungssätze seines Wissensgebietes.

In der Realität gibt es Überschneidungen in der Tätigkeit des sachverständigen Zeugen und des Sachverständigen. Letzterer erstattet sein Gutachten aber im Auftrag des Gerichts in der Regel am Ende der Beweisaufnahme und in Kenntnis aller relevanten Anknüpfungstatsachen, also auf einer z. T. wesentlich breiteren Grundlage als der sachverständige Zeuge.

20.3.2 Benennung und Anhörung eines medizinischen Sachverständigen

Grundsätzlich können die Ermittlungsbehörden akut zur Beweissicherung und auch ggf. zur Interpretation von Verletzungsbefunden im Hinblick auf ein behauptetes Tatgeschehen einen medizinischen Sachverständigen heranziehen. Dieser ist dann zunächst im Auftrag der Polizei bzw. Staatsanwaltschaft tätig, seine u. U. durch eigene Untersuchung des Gewaltopfers bzw. Kindes getroffenen Feststellungen unterliegen nicht der ärztlichen Schweigepflicht, auch nicht die gutachterlichen Schlussfolgerungen. Allerdings können sich Rollenkollisionen ergeben, wenn behandelnde Ärzte zugleich im Auftrag der Polizei gutachterlich tätig werden sollen. In derartigen Fällen sollte seitens der Polizei – wenn eine Aussage der behandelnden Ärzte als sog. sachverständige Zeugen nicht reicht – einen neutralen Gutachter heranziehen, auch wenn dies dazu führt, dass ein Kind zusätzlich noch einmal körperlich untersucht werden muss.

Kommt es zu einer Hauptverhandlung vor Gericht, dann bestellt dieses im Regelfall den gleichen Sachverständigen auch zum Gutachter. Dennoch ist weder die Staatsanwaltschaft noch die Verteidigung gehindert, Anregungen für die Heranziehung eines bestimmten Sachverständigen an das Gericht zu richten. Folgt das Gericht diesen Anregungen oder auch Anträgen nicht, so können Staatsanwaltschaft und/oder Verteidigung eigene Sachverständige auf eigene Kosten benennen. Alle Sachverständigen werden in der öffentlichen Hauptverhandlung während der Beweisaufnahme gehört und können befragt werden. Gegen gerichtlich bestellte Sachverständige können die gleichen Befangenheitsgründe vorgebracht werden wie gegen Richter.

20.3.3 Prozessrechtliche Optionen: Vertretung des Opfers als Nebenkläger, Verlesen von Aussagen, Videoübertragung etc.

Das Gewaltopfer kann nach Abschluss des Ermittlungsverfahrens und vor Eröffnung der Hauptverhandlung über seinen Anwalt Einsicht nehmen in die Ermittlungs- bzw. Gerichtsakte. Zu diesem Zweck kann dem Gewaltopfer ein sog. Opferanwalt gestellt werden, ein eigenes Einsichtsrecht in die Ermittlungsakte ohne Einschaltung eines Rechtsanwaltes hat das Opfer nicht. Die prozessualen Rechte und Möglichkeiten des Gewaltopfers im formellen Verfahren sind in ◘ Tab. 20.3 genannt.

Schließlich stehen dem Opfer einer Gewalttat für eine erlittene gesundheitliche Beeinträchtigung Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG) zu (► Kap. 20.5).

Dem Gewaltopfer wird nicht nur ein Opferanwalt und ggf. ein Dolmetscher gestellt, vielmehr kann auch eine nichtanwaltliche Vertrauensperson (Angehöriger, Freund etc.) des Opfers in jeder Phase des Strafverfahrens an Vernehmungen teilnehmen. Dies gilt sowohl für Vernehmungen durch die Polizei als auch vor Gericht (§ 406d StPO).

20.4 Verfahren in Kindschaftssachen gem. FamFG

Die Verfahren in Kindschaftssachen sind nunmehr im 2. Buch, Abschnitt 3, §§ 151 ff. des Gesetzes über das Verfahren in Familiensachen und in den Angelegenheiten der freiwilligen Gerichtsbarkeit (FamFG) vom 17. Dezember 2008 geregelt, welches am 01. September 2009 in Kraft getreten ist.

Die Zuständigkeit für Kindschaftssachen liegt danach beim Familiengericht in allen Fragen der elterlichen Sorge, des Umgangsrechts, der Kindesherausgabe, der Vormundschaft, der Pflegschaft einschließlich der gerichtlichen Bestellung eines sonstigen Vertreters für einen Minderjährigen oder für eine Leibesfrucht. Zuständig ist das Familiengericht ebenfalls für die Genehmigung der freiheitsentziehenden Unterbringung eines Minderjährigen (§§ 1631b, 1800 und 1915 des BGB), für die Anordnung der freiheitsentziehenden Unterbringung eines Minderjährigen nach den Landesgesetzen über die Unterbringung psychisch Kranker und für die Aufgaben nach dem Jugendgerichtsgesetz (JGG).

Beachtenswert ist die Regelung der örtlichen Zuständigkeit des Familiengerichts. Gemäß § 152 FamFG ist während der Anhängigkeit einer Ehesache das Gericht, bei dem die Ehesache im ersten Rechtszug anhängig ist oder war, zugleich ausschließlich zuständig für Kindschaftssachen, sofern gemeinschaftliche Kinder der Ehegatten betroffen sind. Ansonsten ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk das Kind seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Besteht auch in dieser Frage Unklarheit, dann liegt die Zuständigkeit bei dem Gericht, in dessen Bezirk das Bedürfnis der Fürsorge bekannt geworden ist. Gegebenenfalls sind aber Kindschaftssachen an das Gericht der Ehesache abzugeben (§ 153 FamFG).

Im FamFG ist nunmehr in § 155 ein Vorrang- und Beschleunigungsgebot verankert, betreffend Fragen

- des Aufenthalts des Kindes,
- des Umgangsrechts,
- die Herausgabe eines Kindes sowie
- Verfahren wegen Gefährdung des Kindeswohls.

Zunächst verlangt der Gesetzgeber vom Familiengericht in Kindschaftssachen, die die elterliche Sorge bei Trennung und Scheidung sowie den Aufenthalt des Kindes, das Umgangsrecht oder die Herausgabe des Kindes betreffen, dass auf ein Einvernehmen der Beteiligten hingewirkt werden soll. Auf Hilfsangebote der Träger der Kinder- und Jugendhilfe soll hingewiesen werden, ebenso in geeigneten Fällen auf die Möglichkeit der Mediation oder der sonstigen außergerichtlichen Streitbeilegung. Es kann zu einem gerichtlich gebilligten Vergleich kommen (§ 156 Abs. 2 FamFG).

Die Handlungsmöglichkeiten des Familiengerichts bei einer festgestellten Gefährdung des Kindeswohls ergeben sich aus § 157 FamFG:

Tab. 20.3 Prozessuale Rechte und Möglichkeiten des Gewaltopfers im formellen Verfahren

Option	Inhaltliche Ausgestaltung
Beratung durch Träger der öffentlichen Jugendhilfe	Den Trägern der öffentlichen Jugendhilfe obliegt gemäß § 8 Abs. 1 S. 2 KJHG die Beratung von Kindern und Jugendlichen über ihre Rechte im Verwaltungsverfahren, vor dem Vormundschaftsgericht und dem Verwaltungsgericht. Gemäß § 8 Abs. 2 KHJG können Kinder und Jugendliche sich in allen Angelegenheiten der Erziehung und Entwicklung beraten lassen, und gemäß § 8 Abs. 3 KJGH kann die Beratung auch ohne Kenntnis der Sorgeberechtigten erfolgen, wenn eine Not- oder Konfliktlage vorliegt. Diese Aufgaben können auf anerkannte Träger der freien Jugendhilfe, z. B. den Deutschen Kinderschutzbund (DKSB), übertragen werden.
Strafantragstellung	Bei Körperverletzungsdelikten (soweit nicht Offizialdelikte); diese werden auf Antrag von Polizei und Staatsanwaltschaft verfolgt, es sei denn, die Staatsanwaltschaft bejaht im Einzelfall das besondere öffentliche Interesse an der Strafverfolgung, was bei schwereren Körperverletzungen und Wiederholungsfällen immer der Fall sein sollte.
Bestellen eines Opferanwalts	Dem Opfer kann ggf. kostenfrei ein Opferanwalt zur Wahrnehmung seiner Interessen gestellt werden, dies bei schwereren Delikten (§ 397a StPO). Der Opferanwalt wurde bereits 1986 durch das Opferschutzgesetz eingeführt, seit 2004 können auch Angehörige den Opferanwalt in Anspruch nehmen (§ 379a StPO), z. B. wenn das minderjährige Gewaltopfer getötet wurde. Sind nebenklageberechtigte Angehörige nicht der deutschen Sprache mächtig, wird auch ein Dolmetscher kostenfrei gestellt.
Privatklageverfahren	Das Opfer kann im Wege der Privatklage seine Interessen durchsetzen (nicht jedoch gegen jugendliche Straftäter).
Nebenklage	Das Opfer kann dem Strafverfahren gegen den Täter beitreten als Nebenkläger mit einer Reihe von prozessualen Rechten (z. B. Fragerecht, Antragsrecht zur Beweissicherung etc.). Auf das Recht, sich der öffentlichen Klage als Nebenkläger anzuschließen, muss so früh wie möglich hingewiesen werden, dieser Hinweis darf nur in Ausnahmefällen unterbleiben.
Ärztliche Atteste	Das Opfer kann ärztliche Atteste und sonstige Berichte über erlittene physische und psychische Traumata zur Verfügung stellen.
Akteneinsichtsrecht	Über einen eigenen Anwalt oder den Opferanwalt kann vor Eröffnung der Hauptverhandlung Einsicht in die Akten des Strafverfahrens genommen werden.
Anwesenheitsrecht	Das Opfer hat als Nebenkläger ein Recht auf Anwesenheit in der Hauptverhandlung.
Abgabe von Erklärungen	Über den Opferanwalt können vor und während der Hauptverhandlung Erklärungen abgegeben werden.
Ablehnungsanträge	Das Opfer darf Ablehnungsanträge gegen Richter und Sachverständige stellen. Es darf gegen Anordnungen des Gerichts protestieren und diesen Protest protokollieren lassen.
Entbindung von der Schweigepflicht	Nach Befreiung von der ärztlichen Schweigepflicht können Gewaltopfer die Ladung von Ärzten als sog. sachverständige Zeugen anregen.
Rechtsmedizinischer Sachverständiger	Gegebenenfalls kann ein Gewaltopfer die Ladung eines rechtsmedizinischen Sachverständigen beantragen zur Beurteilung von Verletzungen bzw. Verletzungsmustern und deren Korrelation mit einem behaupteten Tatgeschehen.
Schadensersatzanspruch und Schmerzensgeld	Im Wege des sog. Adhäsionsverfahrens (§§ 403–406c StPO) können bereits im Strafverfahren auf Antrag des Opfers zivilrechtliche Schadensersatzansprüche und Schmerzensgeldansprüche geltend gemacht werden. Die Höhe des Schadensersatzes wird dann ggf. vom Zivilgericht entschieden (§ 406 Abs. 3 StPO). Das Gericht muss im Regelfall über einen entsprechenden Antrag entscheiden. Die Ablehnung des Adhäsionsverfahrens durch das Gericht kann vom Opfer mit der sofortigen Beschwerde angegriffen werden.
Rechtsmittel gegen Gerichtsentscheidungen	Das Gewaltopfer bzw. sein Anwalt/Opferanwalt kann Rechtsmittel gegen eine Entscheidung bzw. ein Gerichtsurteil einlegen (§ 401 Abs. 1 StPO).

§ 157 FamFG [Erörterung der Kindeswohlgefährdung; einstweilige Anordnung]
(1) In Verfahren nach den §§ 1666 und 1666a des Bürgerlichen Gesetzbuchs soll das Gericht mit den Eltern und in geeigneten Fällen auch mit dem Kind erörtern, wie einer möglichen Gefährdung des Kindeswohls, insbesondere durch öffentliche Hilfen, begegnet werden und welche Folgen die Nichtannahme notwendiger Hilfen haben kann.
(2) Das Gericht hat das persönliche Erscheinen der Eltern zu dem Termin nach Absatz 1 anzuordnen. Das Gericht führt die Erörterung in Anwesenheit eines Elternteils durch, wenn dies zum Schutz eines Beteiligten oder aus anderen Gründen erforderlich ist.
(3) In Verfahren nach den §§ 1666 und 1666a des Bürgerlichen Gesetzbuchs hat das Gericht unverzüglich den Erlass einer einstweiligen Anordnung zu prüfen.

Das betroffene minderjährige Kind bekommt zudem einen »geeigneten Verfahrensbeistand«, soweit dies »zur Wahrnehmung seiner Interessen erforderlich ist« (§ 158 Abs. 1 FamFG). Die Bestellung eines solchen Verfahrensbeistandes ist nach Ansicht des Gesetzgebers in der Regel erforderlich (§ 158 Abs. 2 FamFG),

- wenn das Interesse des Kindes zu dem seiner gesetzlichen Vertreter in erheblichem Gegensatz steht,
- in Verfahren nach den §§ 1666 und 1666a des Bürgerlichen Gesetzbuchs, wenn die teilweise oder vollständige Entziehung der Personensorge in Betracht kommt,
- wenn eine Trennung des Kindes von der Person erfolgen soll, in deren Obhut es sich befindet,
- in Verfahren, die die Herausgabe des Kindes oder eine Verbleibensanordnung zum Gegenstand haben oder
- wenn der Ausschluss oder eine wesentliche Beschränkung des Umgangsrechts in Betracht kommt.

Die Bestellung eines Verfahrensbeistandes soll unterbleiben, wenn die Interessen des Kindes von einem Rechtsanwalt oder einem anderen geeigneten Verfahrensbevollmächtigten angemessen vertreten werden.

Auch wenn die Interessen des Kindes vertreten sein sollten, so verlangt § 159 FamFG doch die persönliche Anhörung des Kindes, wenn es das 14. Lebensjahr vollendet hat (ausgenommen werden können bestimmte Vermögensfragen). Weiter heißt es in § 159 Abs. 2 FamFG:

§ 159 Abs. 2 FamFG [Persönliche Anhörung des Kindes]
(2) Hat das Kind das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist es persönlich anzuhören, wenn die Neigungen, Bindungen oder der Wille des Kindes für die Entscheidung von Bedeutung sind oder wenn eine persönliche Anhörung aus sonstigen Gründen angezeigt ist.

Von einer persönlichen Anhörung des Kindes darf das Gericht aus schwerwiegenden Gründen absehen. Unterbleibt eine Anhörung allein wegen Gefahr im Verzug, ist sie unverzüglich nachzuholen (§ 159 Abs. 3 FamFG). Ebenfalls geregelt ist die Anhörung der Eltern (§ 160 FamFG), die Mitwirkung der Pflegepersonen (§ 161 FamFG) und des Jugendamts (§ 162 FamFG).

Hat das Familiengericht eine schriftliche Begutachtung angeordnet, so setzt es dem Sachverständigen zugleich eine Frist, innerhalb derer er das Gutachten einzureichen hat. Das Gericht kann in Verfahren, die die Person des Kindes betreffen, anordnen, dass der Sachverständige auch auf die Herstellung des Einvernehmens zwischen den Beteiligten hinwirken soll. Eine Vernehmung des Kindes als Zeuge findet in diesem Zusammenhang aber nicht statt (§ 163 FamFG).

Die Entscheidung des Familiengerichts ist dem Kind selbst bekannt zu machen, wenn es das 14. Lebensjahr vollendet hat und nicht geschäftsunfähig ist. Eine Begründung soll dem Kind nicht mitgeteilt werden, wenn Nachteile für dessen Entwicklung, Erziehung oder Gesundheit zu befürchten sind. Das Kind hat gegen die Entscheidung des Gerichts ein Beschwerderecht.

20.5 Schutzmaßnahmen nach dem Gewaltschutzgesetz (GewSchG)

Am 01.01.2002 trat das Gewaltschutzgesetz in Kraft, welches insbesondere auf Fälle von »häuslicher Ge-

walt« zielt und insoweit direkt oder indirekt auch betroffene Kinder schützen soll. Dieses Gesetz soll die rechtliche Position von Menschen stärken, die Opfer von Gewalt in ihrem sozialen Umfeld sind bzw. waren. In gravierenden Fällen von häuslicher Gewalt ist zu prüfen, ob eine vorläufige Festnahme nach § 127 Abs. 2 StPO in Betracht kommt. Das ist immer dann der Fall, wenn die Voraussetzungen für den Erlass eines Haftbefehls erfüllt sind, damit der Richter Untersuchungshaft anordnet. Es muss ein Haftgrund vorliegen, z. B. Wiederholungsgefahr, Fluchtgefahr, aber auch Verdunkelungsgefahr, wenn zu befürchten ist, dass der Täter auf das Opfer einwirkt bzw. es unter Druck setzt, dass es nicht oder nicht wahrheitsgemäß aussagt (§ 112 Abs. 2 Nr. 3 StPO).

Ist Gefahr im Verzug und liegen die Voraussetzungen für den Erlass eines Haftbefehls vor, dann kann die Festnahme auch bei Antrags- und Privatklagedelikten erfolgen. Selbst ohne Vorliegen eines Strafantrages kann in diesen Fällen die Staatsanwaltschaft ein besonderes öffentliches Interesse an der Strafverfolgung bejahen. Gefahr im Verzug besteht, wenn die Festnahme oder auch der Untersuchungszweck durch das Abwarten eines richterlichen Haftbefehls gefährdet würde.

Unterhalb der vorläufigen Festnahme bzw. Inhaftierung kommt bereits auf der Grundlage der Polizeigesetze der Bundesländer im Akutfall zunächst ein Platzverweis gegen den Täter oder ein Wohnungsverweis in Betracht für einen Zeitraum bis zu 14 Tagen. Dem Täter kann der Wohnungsschlüssel abgenommen werden, ein Antrag des Opfers ist dazu nicht erforderlich. Zusätzlich kann die Polizei dem Gewalttäter das Betreten anderer Orte (Kindergarten, Schule, Schwimmbad, Sportplatz etc.), an denen sich das Opfer regelmäßig aufhält, untersagen.

Das Gewaltschutzgesetz ermöglicht auf Antrag des Opfers weitergehende gerichtliche Schutzanordnungen.

Das Gericht kann gemäß § 1 Gewaltschutzgesetz (gerichtliche Schutzanordnungen) anordnen, dass der Täter
- die Wohnung nicht mehr betreten darf,
- sich in einem bestimmten Umkreis der Wohnung nicht aufhalten darf,
- Orte meiden muss, an denen sich das Opfer regelmäßig aufhält,
- jede persönliche Verbindung zum Opfer vermeiden muss.

Die Anordnungen des Familiengerichts können auch im Eilverfahren getroffen werden.

Nach § 2 Gewaltschutzgesetz (Zivilrechtlicher Gewaltschutz) kann der Täter – unabhängig davon, ob er Mieter oder Eigentümer der Wohnung ist – für einen längeren Zeitraum von bis zu ca. sechs Monaten der Wohnung verwiesen werden, allerdings dürfen nach der Tat nicht mehr als drei Monate vergangen sein.

Zusammen mit dem Antrag auf Wohnungsverweisung oder dem Antrag auf eine andere Schutzanordnung bei Gericht kann dort für Gewaltopfer mit geringem oder fehlendem Einkommen Prozesskostenhilfe beantragt und gewährt werden.

20.6 Hilfe nach dem Opferentschädigungsgesetz (OEG)

Da tendenziell die gesetzlichen Krankenkassen ihre Leistungen wohl zunehmend eingeschränkt haben, gewinnen Leistungen nach dem OEG größere Bedeutung. Voraussetzung ist jedoch, dass die ärztliche Dokumentation hinreichend ausführlich ist, um entsprechende gesetzliche Ansprüche begründen und durchsetzen zu können.

Gewaltopfer, die durch die Tat einen gesundheitlichen Schaden erlitten haben, können nach dem Gesetz über die Entschädigung für Opfer von Gewalttaten (OEG) Versorgung erhalten. Das Gesetz gilt für Ansprüche aus Gewalttaten, die nach dem 15. Mai 1976 begangen worden sind.

Voraussetzungen für einen Anspruch nach dem OEG sind:
- Es wurde eine Gewalttat begangen, verstanden als ein »vorsätzlicher, rechtswidriger tätlicher Angriff gegen eine Person« (einschließlich der vorsätzlichen Beibringung von Gift und die fahrlässige Herbeiführung einer Gefahr für Leib und Leben eines Anderen durch ein Verbrechen mit gemeingefährlichen Mitteln, z. B. Brandstiftung oder Sprengstoffanschlag).
- Die Gewalttat wurde im Bundesgebiet, auf einem deutschen Schiff oder in einem deutschen Luftfahrzeug begangen.

Anspruchsberechtigt nach dem OEG sind Geschädigte oder Hinterbliebene (Witwer, Waisen, Eltern). Die Versorgung wird nur auf Antrag gewährt.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz wird aber im Regelfall eine Strafanzeige sein, da die Opferposition in einem gerichtlichen Verfahren festgestellt wird. Die Leistungen umfassen auf Antrag die Heilbehandlung, die Rehabilitation, aber auch Renten- und Fürsorgeleistungen.

Nach den Vorschriften des Bundesversorgungsgesetzes wird insbesondere gewährt: Heil- und Krankenbehandlung, Beschädigtenrente, Hinterbliebenenversorgung (für Witwer, Waisen, Eltern), Bestattungs- und Sterbegeld, Kapitalabfindungen/Grundrentenabfindung, Fürsorgeleistungen. Ein Schmerzensgeld wird nicht gezahlt, auch Sach- und Vermögensschäden werden grundsätzlich nicht ersetzt, ausgenommen sind am Körper getragene Hilfsmittel, Brillen, Kontaktlinsen und Zahnersatz.

20.7 Regelungen zum Täter-Opfer-Ausgleich (TOA)

In Deutschland gab es erste Projekte zum Täter-Opfer-Ausgleich bereits Mitte der 1980er Jahre. Nach guten Erfahrungen mit solchen Projekten wurde der Täter-Opfer-Ausgleich im Jahr 1990 im Jugendgerichtsgesetz (JGG) festgeschrieben, und 1994 erfolgte eine gesetzliche Verankerung im Strafgesetzbuch für den Erwachsenenbereich. Anfang 2000 erfolgte eine Regelung in der Strafprozessordnung.

Der Täter-Opfer-Ausgleich soll dem Rechtsfrieden dienen, der durch die Straftat gestört wurde. Das Opfer soll – sei es auf eigene Initiative oder auf Initiative des Täters, sei es durch Vermittlung eines Dritten – auf außergerichtlichem Weg eine Lösung angeboten bekommen, die zur Beseitigung oder Milderung der Folgen der Straftat führt, soweit dies überhaupt möglich ist. Dem Opfer kann dadurch ein Zivilrechtsstreit erspart bleiben, u. U. auch eine Vernehmung als Zeuge vor Gericht. Vornehmlich findet der Täter-Opfer-Ausgleich jedoch Anwendung bei Fällen von Hausfriedensbruch, Beleidigung oder bei Körperverletzungsdelikten und tendenziell nur bei Straftaten mit relativ geringem Unrechtsgehalt sowie geringerer krimineller Energie des Tatverdächtigen. Auch wenn die für einen Täter-Opfer-Ausgleich in Betracht kommenden Delikte gesetzlich nicht abschließend geregelt sind, so findet der Täter-Opfer-Ausgleich in Fällen von Kindesmisshandlung und Kindesmissbrauch nur selten Anwendung.

Die grundlegende Bestimmung zur Durchführung des zuerst im Jugendstrafrecht eingeführten Täter-Opfer-Ausgleichs findet sich für Erwachsene in § 155a StPO verankert, verbunden mit weiteren Regelungen in der Strafprozessordnung (§§ 153a Abs. 1 S. 1 Nr. 1, Abs. 2 S. 1, 153b, 376 StPO) und im Strafgesetzbuch (§§ 46 Abs. 2. S. 2, 46a, 56 Abs. 2 S. 2 StGB).

Die Staatsanwaltschaft und das Gericht sollen in jedem Stadium des Verfahrens die Möglichkeiten prüfen, einen Ausgleich zwischen Beschuldigtem und Verletztem zu erreichen. In geeigneten Fällen sollen sie darauf hinwirken. Gegen den ausdrücklichen Willen des Verletzten darf die Einigung nicht angenommen werden (§ 155a StPO).

20.8 Hilfe für Opfer durch den Weißen Ring

Der »Weiße Ring« ist als eingetragener gemeinnütziger Verein die größte nichtstaatliche Opferhilfeeinrichtung in Deutschland und will den Opferschutz verbessern. Angeprangert wird insbesondere, dass Opfer von Kriminalität und Gewalt weniger Aufmerksamkeit erfahren als der Täter, dass Opfer mit ihren physischen und psychischen Traumata häufig allein gelassen werden und dass es im Rahmen gerichtlicher Auseinandersetzungen mit erneutem »Aufwühlen« des Tatgeschehens zu einer erneuten (sog. sekundären) Viktimisierung kommt. Das Gewaltopfer verliert so nicht selten einen Teil seiner Selbstachtung, seiner sozialen Anerkennung und ist zudem nicht oder unzureichend über seine Ansprüche und bestehende Hilfsangebote informiert. Der Weiße Ring unterhält bundesweit

400 Anlaufstellen für Kriminalitätsopfer mit rund 2700 ehrenamtlichen Helfern.

20.9 Perspektiven bei der gesetzlichen Regelung des Opferschutzes

Aufbauend auf bestehende Gesetze befasste sich der Deutsche Bundestag im Jahre 2015 mit neuen gesetzlichen Regelungen. Hintergrund ist auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Danach verpflichtet die

> ... verfassungsmäßige Ordnung des Grundgesetzes die staatlichen Organe im Falle einer Straftat nicht nur zur Aufklärung des Sachverhaltes und dazu, den mutmaßlichen Täter in einem fairen Verfahren seinem gesetzlichen Richter zuzuführen. Sie verpflichtet die staatlichen Organe auch, sich schützend und fördernd vor die Grundrechte der Verletzten zu stellen und ihnen zu ermöglichen, ihre Interessen justizförmig und in angemessener Frist durchzusetzen (vgl. BVerGE 46, 164).

Das 3. Opferrechtsreformgesetz soll Forderungen der Richtlinie 2012/29/EU der Europäischen Union umsetzen, die u.a basierend auf dem »Übereinkommen des Europarats zum Schutz von Kindern vor sexueller Ausbeutung und sexuellem Missbrauch« (sog. Lanzarote-Konvention von 2007, in Kraft getreten am 01. Juli 2010) beschlossen worden war. Betroffen sind einerseits der Bereich der Dolmetscherleistungen und Übersetzungen, die Informationsrechte von Gewaltopfern sowie genauere Vorgaben bei den Belehrungspflichten (vorgesehene §§ 406i und 406k der Strafprozessordnung). Bei den Diskussionen zum 3. Opferrechtsreformgesetz wurde u. a. verwiesen auf die von dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (UBsKm) erhobene Forderung nach einer umfassenden, neutralen, der Verschwiegenheit unterliegenden, haftungsrechtlich abgesicherten und für den Betroffenen kostenfreien anwaltlichen Erstberatung über die rechtlichen Folgen von Opferwerdung (so die Stellungnahme des Deutschen Anwaltvereins – DAV – vom Dezember 2014). Die Stellungnahme zitiert aus den Forderungen des Unabhängigen Beauftragten u. a.:

> Die mit einem solchen Strafverfahren einhergehenden Belastungen für Betroffene von Kindesmissbrauch, z.B. durch Glaubhaftigkeitsbegutachtungen, Befragungen durch alle Verfahrensbeteiligten, Zusammentreffen mit dem Angeklagten, Konsequenzen nach einem eventuellen Freispruch, sind hoch und können sogar zu einer weiteren, nicht unerheblichen Beeinträchtigung des Opfers führen.

Auch als Konsequenz aus dieser Einschätzung soll mit Hilfe gesetzlicher Vorgaben die psycho-soziale (Prozess-)Begleitung verbessert werden, obwohl dies von der EU-Richtlinie nicht verlangt wird. Ob dies zu einer Praxis führt, die über die normale Kriminalitätsopferhilfe hinausgeht, bleibt abzuwarten, zumal unklar ist, welche Qualifikation Personen für eine psycho-soziale Begleitung von auch minderjährigen Gewaltopfern haben müssen. Der Weiße Ring verlangt hier in einer Stellungnahme vom 17.06.2015 eine solide psychologische oder sozialpädagogische Ausbildung und Berufserfahrung sowie spezielle Kenntnisse und Fähigkeiten, die durch Weiterbildungen nachgewiesen werden müssten, z. B. die Fähigkeit, den Ablauf von Ermittlungs- und Strafverfahren zu erklären, die Kenntnis von Methoden zur Bewältigung der damit einhergehenden Belastungen und die Fähigkeit, eine Traumastörung oder Trigger-Situationen und Belastungsreaktionen zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken. Zugleich wird das Recht auf freie Wahl des Unterstützers betont, was bei einer Vergütungsregelung zu berücksichtigen sei.

Unabhängig davon, welche Formulierungen durch das 3. Opferrechtsreformgesetz letztlich Eingang in gesetzlichen Regelungen finden, werden die Schritte der Umsetzung in die Praxis einen längeren Zeitraum in Anspruch nehmen.

Literatur

Arbeitsgemeinschaft Medizinrecht in der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (AGMedR der DGGG) (2006) Stellungnahme zu Rechtsfragen bei der Behandlung Minderjähriger, Stand: September 2006

Arbeitsgemeinschaft für Kinder- und Jugendhilfe (AGJ) und Bundesarbeitsgemeinschaft Landesjugendämter. Handlungsempfehlungen zum Bundeskinderschutzgesetz (2012) Orientierungsrahmen und erste Hinweise zur

Umsetzung. https://www.agj.de/uploads/media/111_Handlungsempfehlungen_Bundeskinderschutzgesetz.pdf
Arbeitsgruppe II »Durchsetzung staatlicher Strafanspruch – Rechtspolitische Folgerungen – Anerkennung des Leidens der Opfer sexuellen Missbrauchs in jeglicher Hinsicht« des Rundes Tisches »Sexueller Kindesmissbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen in privaten und öffentlichen Einrichtungen und im familiären Bereich« (RTKM) (2012) Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden. JAmt 3: 140–145
Auchter-Mainz E (1995) »Kindesmisshandlung« – Überlegungen und Hinweise aus juristischer Sicht. Relevanz für das Rettungsteam? Rettungsdienst 18: 28–32
Bender D (2002) Grenzen der Schweigepflicht des Arztes bei Kenntnis von Misshandlungen oder entwürdigende Behandlungen durch Eltern. Medizinrecht, S. 626–630
Betmann C (2004) Das Adhäsionsverfahren im Lichte des Opferrechtsreformgesetzes. Kriminalistik, S. 567–572
BGH, Urt. v. 03.07.2003 – 4 StR 190/03. Verdacht der Misshandlung einer Schutzbefohlenen (Säugling). In: Dettmeyer R (Hrsg) (2005) Rechtsreport. Rechtsmedizin 15: 191–193
BGH, Beschl. v. 17.07.2007 – 4 StR 242/07. Verminderte Schuldfähigkeit bei Pädophilie. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 20: 116–117
Billaud C, Boess M (2006) Kinderpornografie. Gesetzeslage, Kennzahlen, Repression und Prävention in der Schweiz. Kriminalistik: 269–277
Billaud C, Boess M (2006) Kinderpornografie – Gesetzeslage, Kennzahlen, Repression und Prävention in der Schweiz. Kriminalistik, S. 269–277
Bohne S (2005) Die Rechtsstellung des Verletzten im Ermittlungsverfahren. Kriminalistik, S. 166–174
Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschl. v. 24.09.2009 – 1 BvR 1231/04. Pornografische Darbietungen im Internet an Minderjährige. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 20: 117–118
Debertin AS (2011) Bessere Strukturen für den Kinderschutz in Niedersachsen. Institut für Rechtsmedizin der MHH bietet niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten diagnostische Unterstützung bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung und -missbrauch. Niedersächsisches Ärzteblatt Heft 1, S. 52–53
Dern H (2009) Sexuell assoziierte Tötungsdelikte an Kindern. Teil 1: Empirische Befunde. Kriminalistik 2009, S. 603–611
Dettmeyer R (2003) Die Haftung des gerichtlichen Sachverständigen – der § 839a BGB. In: Dettmeyer R (Hrsg) Rechtsreport. Rechtsmedizin 13: 329–334
Dettmeyer R (2006) Medizinische Maßnahmen zum Zwecke der Beweissicherung. In: Dettmeyer R, Medizin & Recht. Springer-Verlag, Berlin Heidelberg New York, 2. Aufl., S. 311–336
Dettmeyer R (2009) Schmerzensgeld wegen unrechtmäßigen Kindesentzugs. LG München I – Urt. v. 07.01.2009. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 19: 239–241
Dettmeyer R, Parzeller M, Laux J et al. (2011) Medizinische und rechtliche Aspekte der Genitalverstümmelung bzw. Beschneidung. Teil II: Die rituelle Zirkumzision. Arch Kriminol 227: 85–101
Dettmeyer R (2012) Kindesmissbrauch und Opferentschädigung – aus medizinischer Sicht. Der Medizinische Sachverständige 108: 63–68
Dettmeyer R (2013) Das Bundeskinderschutzgesetz vom 22.12.2011 – Anmerkung. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 23: 420–421
Dettmeyer R (2015) Doppelte Aktenführung bzw. Extra-Akte bei Verdacht auf Kindesmisshandlung durch die Sorgeberechtigten. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsmedizin 25: 485-486
Fegert JM (1995) Kinderpsychiatrische Begutachtung und die Debatte um den Missbrauch mit dem Missbrauch. Z Kinder- u. Jugendpsychiatrie 23: 9–19
Glöser S (1996) Sexueller Missbrauch von Kindern. In der Mehrzahl der Fälle Verzicht auf Strafanzeige. Dtsch Ärztebl 93 (1996) C-172
Hermanutz M, Adler F (2009) Strukturierte Kindervernehmung mit der Bildkartenmethode. Kriminalistik, S. 623–629
Karle M, Clauß M (1999) Kinder- und jugendpsychiatrische Begutachtung in vormundschaftsgerichtlichen Verfahren. Familie und Recht (FuR), S. 150–153
Kley E (2007) Straftaten gegen die sexuelle Selbstbestimmung. Sexuelle Gewalt gegen Kinder – ein ubiquitäres gesellschaftliches Phänomen? Kriminalistik, S. 455–463
Klosinskis G (2000) Kinderpsychiatrische Begutachtung im Rahmen des Haager Kindesentführungsabkommens. Familie und Recht (FuR), S. 408–416
Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden. Empfehlungen der Arbeitsgruppe II des BMJ. JAmt Heft 03/2012, S. 140–145
LG Bonn, Urt. v. 15.11.2006 – Az 22 S 56. Schwangerschaft einer 13-Jährigen nach Vergewaltigung mit Anm. Dettmeyer. In: Dettmeyer R (Hrsg) (2008) Rechtsreport. Rechtsmedizin 18: 116–124
LG Köln, Beschl. v. 09.11.2002 – 102 – 57/01. Zum Zeugnisverweigerungsrecht von Betreuern einer »Babyklappe«. In: Dettmeyer R (Hrsg) (2003) Rechtsreport. Rechtsmedizin 13: 52–53
LG Köln, Urt. v. 07.05.2012 – 151 Ns 169/11. Zur Rechtmäßigkeit von Knabenbeschneidungen aufgrund Einwilligung der Eltern. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport. Rechtsmedizin 22: 489–494 mit Anm. Dettmeyer
LG Berlin, Urt. v. 11.05.2012 – 36 O 388/07. Zur Offenbarungsbefugnis bei Hinweisen auf Kindesmisshandlung. In: Dettmeyer R (Hrsg.) Rechtsreport 24: 125–128 mit Anm. Dettmeyer
Martinius J (1999) Zum Standard der Glaubwürdigkeitsbegutachtung. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 27: 121–124
Myers WC, Brasington ST (2002) A father marries his daughters: a case of incestuous polygamy. J Forensic Sciences 47: 1112–1116

Nevermann-Jaskolla U (2004) Das Kind als Opferzeuge im Strafverfahren – Würzburger Schriften zur Kriminalwissenschaft Bd. 15. Frankfurt a. M.

Nisse R (2009) Kindeswohlgefährdung und Maßnahmen der Polizei. Kriminalistik, S. 613–622

Oehmichen M (1993) Rechtliche Fragen im Zusammenhang mit Kindsmisshandlung und sexuellem Missbrauch. In: Kruse K, Oehmichen M (Hrsg.) Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. Rechtsmedizinische Forschungsergebnisse, Band 5. Schmidt-Römhild, Lübeck, S. 105–124

Paulus M (2013) Kinder- und Opferschutz bei sexuellem Missbrauch. Unter den Runden Tisch gekehrt, mit Füßen getreten und als Erfolg verkauft? Kriminalistik Heft 3: 163–169

Putzke H, Stehr M, Dietz HG (2008) Strafbarkeit der Zirkumzision. Monatsschr Kinderheilkde 156: 783–788

Robino C, Barilaro MR, Gino S, Chiarle R, Palestro G, Torre C (2006) Incestuous paternity detected by STR-typing of chorionic villi isolated from archival formalin-fixed paraffin-embedded abortion material using laser microdissection. J Forensic Sciences 51: 90–92

Rohloff S, Ruhländer A (2004) Entwicklungsmöglichkeiten in der polizeilichen Vernehmungspraxis. Kriminalistik, S. 518–522

Schimke HJ (2011) Das neue Bundeskinderschutzgesetz – erste Einschätzungen und Perspektiven. JAmt Heft 12, S. 621–628

Schnitker A (1993) Die Zeugenfähigkeit und Glaubhaftigkeit bei Kindern. In: Kruse K, Oehmichen M (Hrsg) Kindesmisshandlung und sexueller Missbrauch. Rechtsmedizinische Forschungsergebnisse, Band 5. Schmidt-Römhild, Lübeck, S. 97–103

Soyer R, Streinz L (2014) Opferrechte in Österreich. StraFo Heft 6: 235–239

Stehr M, Schuster T, Dietz HG et al. (2001) Die Zirkumzision – Kritik an der Routine. Klin Pädiatr 213: 50–55

Steller M (1997) Grundlagen und Methoden der Glaubwürdigkeitsbegutachtung bei Kinderaussagen über sexuellen Missbrauch. In: Warnke A, Trott GE, Remschmidt H (Hrsg) Forensische Kinder- und Jugendpsychiatrie. Huber, Bern Göttingen Toronto

Stevens A, Foerster K (2002) Psychiatrische Begutachtung der Folgen kindlichen Missbrauchs nach dem Opferentschädigungsgesetz. Med Sach 98: 172–177

Szibor R (2004) Inzest und Konsanguinität. Eine Übersicht unter biologischen, soziologischen, klinisch-genetischen und rechtsmedizinischen Aspekten. Rechtsmedizin 14: 387–395

Tries R (1996) Schweigepflicht bei Kindesmisshandlungen. Hinweise für die Praxis. Rettungsdienst 19: 46–48

Tröndle H (1992) Verordnung von Kontrazeptiva an Minderjährige – eine Straftat? Medizinrecht: 320–325

Übereinkommen über die Rechte des Kindes (UN-Kinderrechtskonvention) vom 20. November 1989, am 26. Januar 1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet am 6. März 1992, am 5. April 1992 für Deutschland in Kraft getreten. Bekanntmachung vom 10. Juli 1992 – BGBl. II S. 990

von Klitzing K (1990) Glaubwürdigkeitsbegutachtung von Kindern und Jugendlichen in der Frage des sexuellen Missbrauchs. Acta Paedopsych 53: 181–191

Winkler R (1998) Begutachtung von Folgen sexuellen Missbrauchs im Kindes- und Jugendalter nach dem Opferentschädigungsgesetz. Med Sach 94: 91–95

F Intervention und Prävention

Intervention bei Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_21, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

21.1 Einleitung

Grundsätzlich spielen bei der Intervention in Fällen von Kindesmisshandlung und Kindesvernachlässigung kulturelle und soziale Erfahrungen sowie das Wertesystem des Betrachters eine große Rolle und sollten reflektiert und wahrgenommen werden.

In der Regel handelt es sich bei der Intervention im Kinderschutz um eine Maßnahme, die dazu führen soll,

- das Kind vor weiterer Gewalt und Deprivationserfahrung zu schützen,
- eingetretene seelische und (selten) körperliche Schäden und Folgen zu behandeln,
- den gesellschaftlichen Normen Rechnung zu tragen und das Rechtsgefühl und die Würde des betroffenen Opfers wiederherzustellen sowie die sozialen Folgen für das Opfer zu mildern (Opferschutzmaßnahmen).

Immer handelt es sich um einen weitreichenden Eingriff in ein Beziehungssystem mit Auswirkungen auf andere mittelbar Beteiligte, nicht nur Täter, sondern auch andere wichtige Beziehungspersonen und vor allem Geschwister.

Diese Interventionen führen nicht immer zum besseren Schutz, gelingender Therapie im Sinne einer Neugestaltung dysfunktionaler Beziehung und Bearbeitung der Traumatisierung, Herstellung von Rechtssicherheit und Opferschutz. Daher sind die Interventionen mit größtmöglicher fachlicher Qualifikation durchzuführen, was in allen Fällen eine gute Kooperation zwischen den Akteuren im Hilfesystem voraussetzt. Weder die spezifische kinder- und sozialtherapeutische Kompetenz noch die fachlich gute Würdigung der Rechtsverhältnisse sind immer bereits dort vorhanden, wo ein Kind Schutz und Hilfe braucht. Eine Orientierung an den Bedürfnissen des Kindes und seiner Familie verlangt nach unvoreingenommener Suche nach passgerechten Hilfen und nicht nur eine Auswahl von Maßnahmen, die vor Ort vorhanden sind. Diese jeweils erneute und umfassende Prüfung hat auch wiederholt der Bundesgerichtshof in seiner Rechtsprechung in Bezug auf durchzuführende Maßnahmen durch die Jugendämter betont.

Da es sich um Eingriffe in die Autonomie des Familienlebens und die Beziehung zwischen Sorgeberechtigten und nicht-sorgeberechtigten Bindungspersonen und dem Kind handelt, ist das Risiko einer Verstrickung in widersprüchliche Aspekte bei der Fallbeurteilung für die beteiligten Helfer, auch Ärzte und Ärztinnen sowie Pflegepersonal, sehr groß. Bei Interventionen können sich Abwehr und gegenseitiges Missverstehen einstellen, wenn der kulturelle Kontext und die ethischen Normen nicht aktiv wahrgenommen, besprochen und berücksichtigt werden. Eine umsichtige Reflexion auch dieser Prozesse ist insbesondere für die professionellen Helfer erforderlich, die intervenieren, koordinieren und getroffene Entscheidungen rational vertreten müssen. Gleichzeitig sind bei der Intervention immer auch Aspekte der Prävention für die Zukunft des Kindes und weiterer Kinder in der Familie zu bedenken.

21.2 Therapie, sekundäre und tertiäre Rehabilitation

Beratung und Therapie sind immer auch Prävention im Hinblick auf

- die Vermeidung von wiederholter Misshandlung bei dem betroffenen Kind,
- die Stärkung der Eltern im Hinblick auf die Unterstützung des Kindes bei der Verarbeitung potenziell traumatischer Erlebnisse,
- den Schutz weiterer und zukünftiger Kinder in der Familie,
- das Verhindern der Weitergabe von gewaltsamen Beziehungsmustern an die nachfolgende Generation.

Eine familientherapeutisch orientierte Beratung oder Behandlung ermöglicht die Bearbeitung des Geschehenen und hat das Ziel, misshandelnde und vernachlässigende Eltern in der Übernahme der Verantwortung für das Gewaltproblem zu stärken. Da die Gewalt gegen das Kind häufig mit eigenen biografischen Erfahrungen der Eltern zusammenhängt, aber unbewusst von diesen Prozessen abgespalten wird, bedarf es häufig eines längeren Behandlungszeitraums, um die Zusammenhänge deutlich werden zu lassen. Eine Mindestvoraussetzung ist dabei die Bereitschaft der beteiligten Eltern, sich auf einen solchen Prozess einzulassen.

Das therapeutische Ziel ist, sich zukünftig besser für den Schutz und die Interessen dieses und anderer Kinder einzusetzen. Voraussetzung dafür ist die Motivation, das eigene Verhalten zu verändern. Völlig freiwillige Mitarbeit der Familien ist nicht notwendigerweise von Anfang an Voraussetzung. Die beteiligten Helfer müssen jedoch die Aufgabenverteilung im Kontext von Empathie und Kontrolle klar im Blick behalten und sich gegenseitig in der Erfüllung der Aufträge unterstützen. Sie dürfen nicht auf Spaltungsversuche der Familien eingehen.

Viele Familien sind bereits seit Jahren, z. T. seit Generationen, in verschiedenen, wenig miteinander vernetzten und mit unterschiedlichen Zielen und Methoden operierenden Hilfesystemen bekannt. Es gehört dazu, dass sie mit all diesen Helfern »Geheimnisse« haben (diversifizierte Vertraulichkeiten). Das Unterstützen der Geheimnisse reproduziert die Spaltung und macht das Helfernetz ineffektiv.

Therapeutische Hilfe sollte immer angeboten werden, auch wenn sie nicht in jedem Fall angenommen werden kann. Sie ermöglicht der Familie zumindest die Wahrnehmung und Bearbeitung des Vorwurfs der Misshandlung oder Vernachlässigung. Das Erkennen eigener Verantwortung kann Raum für Veränderungen schaffen. Solche Veränderungen können neben der Bearbeitung der zugrunde liegenden Konflikte auch durch die Möglichkeiten des Lernens mittels verhaltenstherapeutischer Angebote, wie z. B. Elterntraining oder soziales Kompetenztraining, unterstützt werden. Oft ist eine individuelle psychotherapeutische Behandlung eines Elternteils bei manifester psychiatrischer Erkrankung oder interpersoneller Störung erforderlich.

Jenseits des Schutzes eines individuellen Kindes sollte den Eltern, auch misshandelnden oder vernachlässigenden Eltern, Anteilnahme entgegen gebracht werden; meist sind sie selbst hilfsbedürftig, auch wenn sie in ihrem Handeln in einem sozialethischen oder juristischen Sinne versagt haben. Anteilnahme und Empathie bedeuten weder, dass das Kind aus dem Blick gerät, noch, dass das Handeln der Erwachsenen entschuldigt wird.

Entsprechend spezialisierte Einrichtungen der Intervention und Beratung werden in ▶ Kap. 23 ausführlicher dargestellt, insofern sie nicht dem regelhaften therapeutischen Angebot des Gesundheitswesens entsprechen. Aufgrund besonderer Expertise und Erfahrung haben sich zusätzlich zu den bekannten Angeboten im Gesundheitswesen und der etablierten Beratungsstellen in den Kommunen zahlreiche Angebote entwickelt, die mehr oder weniger mit Jugendhilfe und Gesundheitswesen kooperieren.

■ Familientherapie

Prinzipiell geht das Angebot einer psychotherapeutischen Hilfe davon aus, dass Menschen aus Einsicht und durch Besserung ihrer psychischen Verfassung in der Lage sind, ihr Verhalten zu ändern, andere Einstellungen zu gewinnen, Beziehungen und Affekte anders zu gestalten. Eine erfolgreiche Beratung oder Therapie der Eltern bedeutet auch eine sekundäre Prävention für weitere, bisher nicht misshandelte oder nicht geborene Kinder in der Familie und eine tertiäre Prävention für das bereits von Misshandlung oder Vernachlässigung betroffene Kind. Eine familientherapeutische Behandlung kann auch dazu führen, dass durch die gemeinsame Anerkennung der Gewalterfahrung und das Gespräch darüber eine Heilung für das betroffene Kind möglich wird.

Innerhalb des Gesundheitswesens besteht das Problem, dass familiensystemische psychotherapeutische Angebote selten finanziert werden, da das kassenfinanzierte System eine individualisierte Problemdefinition voraussetzt und nicht die Indikation »kranke Beziehungen« erlaubt. Bei psychotherapeutischer Behandlung von Kindern und Jugendlichen werden in größeren Abständen Elterngespräche geführt, die aber nicht die spezifischen psychotherapeutischen Bedürfnisse der Eltern adressieren. Demgegenüber wird in Familien-, Ehe- und Erziehungsberatungsstellen häufig familientherapeutisch gearbeitet, eine engere Kooperation mit den Angeboten aus dem Gesundheitswesen erfolgt aufgrund von Datenschutz, Systemlogiken und professioneller Selbstwahrnehmung in geringem Ausmaß.

■ Individuelle Psychotherapie

Eine eigenständige psychotherapeutische Behandlung des Kindes oder Jugendlichen ist abhängig vom Ausmaß der psychischen Belastungen in der

Krisensituation und von der Entwicklung dauerhafter Störungen. Die Maßnahmen beziehen sich auf eine Krisenintervention mit dem Ziel einer Entlastung des Kindes, das Angebot zu verlässlichem Schutz, Stärkung von Vertrauen in Beziehungen, Selbstwirksamkeit und Resilienz des Kindes, Ermöglichen von Trauerarbeit, Distanzierung von der Ursprungsfamilie und Verminderung von körperbezogenen Stressreaktionen.

Eine kurzfristige psychotherapeutische Behandlung ist angezeigt, wenn Symptome einer akuten Anpassungsstörung, eines posttraumatischen Stresssyndroms oder anderer Traumafolgestörungen wie zum Beispiel depressive Episoden festgestellt werden. Auch langfristig kann sich der Bedarf für eine psychotherapeutische Behandlung ergeben, wenn psychische Störungen manifest werden. Häufig sind es dann nicht die akuten Gewalterfahrungen allein, die die Störung verursachen, sondern auch vorbestehende Beziehungs- und Interaktionsstörungen, allgemeine Entwicklungsdefizite, gestörte Wiedereinpassung in die »normale« Umwelt, oder negative außerfamiliäre Erfahrungen. Dabei ist eine genaue Evaluation der Schutzfaktoren, der Bewältigungsmechanismen des Kindes, der kognitiven und sozial-emotionalen Kompetenzen ebenso bedeutsam wie die der Risikofaktoren und der realen potenziell traumatisierenden Erfahrungen. Scheinbar gesunde, symptomarme Phasen schließen eine längerfristige Störung nicht aus.

> **Auch wenn in der aktuellen Krisensituation kein Bedarf für eine individuelle psychotherapeutische Behandlung des betroffenen Kindes oder Jugendlichen gesehen wird, sollte der Entwicklungsverlauf eines Kindes nach Misshandlungs- oder Vernachlässigungserfahrungen genau beobachtet werden, um Hilfen im geeigneten Moment anbieten zu können. Wichtig ist daher, in der Nachsorge für Kontinuität in der Betreuung zu sorgen und Abbrüche in helfenden Beziehungen zu vermeiden.**

Stationäre Eltern-Kind-Behandlung bei psychischen Erkrankungen der Eltern

Die häufigsten akut nach der Geburt eines Kindes oder im ersten Lebensjahr manifesten psychischen Erkrankungen bei Müttern und gelegentlich Vätern sind Depressionen, Psychosen, Angst-, Anpassungs- und Zwangsstörungen sowie (Borderline-) Persönlichkeitsstörungen. Wegen der notwendigen intensiven Psychotherapie der Mutter bei gleichzeitiger Förderung der Mutter-Kind-Interaktion und dem hohen Risiko für eine Kindeswohlgefährdung müssen diese Erkrankungen in der Regel vollstationär oder tagesklinisch behandelt werden. Eine Übersicht über spezialisierte Kliniken geben die Selbsthilfeorganisation »Schatten und Licht« (http://www.schatten-und-licht.de/index.php/de/) und die Marcé Gesellschaft, eine internationale, interdisziplinäre Fachgesellschaft, die sich mit der Thematik der schwangerschafts- und geburtsassoziierten psychischen Erkrankungen in Versorgung und Forschung beschäftigt (www.marce-gesellschaft.de/adressen/).

Weiterhin gibt es stationäre oder tagesklinische Behandlungsangebote für Eltern mit Säuglingen und Kleinkindern mit schweren Regulations- und Fütterstörungen. Diese Eltern sind zum Teil, aber nicht immer, selbst von psychischen Erkrankungen betroffen; das Ausmaß ihres eigenen Hilfebedarfs muss vor der Einweisung in eine solche eher kindbezogene Einrichtung überprüft werden.

Schnittstellen zwischen Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Bei einem sich rasch ändernden Diskurs über die Rechte des Kindes auf Schutz, Förderung und Bildung ist die Wahrnehmung für Fälle von Misshandlung und Vernachlässigung deutlich angestiegen und die »Eingriffsschwelle« im Rahmen des staatlichen Wächteramtes deutlich gesunken. Der 2005 eingeführte »Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung« (§ 8a SGB VIII) sieht dabei für die allgemeinen sozialen Dienste (ASD) einen konkreten Handlungsablauf bzgl. Gefährdungseinschätzung, Hilfeangebot, Inobhutnahme, Gerichtsanrufung etc. vor. Die Verantwortung für den Kinderschutz wird explizit auf andere Einrichtungen der Jugendhilfe, also auch Kindertagesstätten, Beratungsstellen, Jugendhilfemaßnahmen und ihre Träger, ausgeweitet, die ebenfalls Gefährdungseinschätzungen vornehmen, gezielt Hilfen anbieten und – sofern diese Hilfen nicht ausreichen – das Jugendamt einschalten müssen. Die Schulen sind in diesen Schutzauftrag nicht

ausreichend eingebunden, weil sie nicht zum Bereich der Jugendhilfe zählen. Das 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz oder die auf Länderebene nahezu flächendeckend eingeführten verbindlichen Vorsorgeuntersuchungen verstärken die Einbindung von Instanzen jenseits der Jugendhilfe, insbesondere Akteuren des Gesundheitswesens wie Kinder- und Jugendärzten oder Hebammen.

Therapeutische Hilfen im Gesundheitswesen im Sinne weiterführender Diagnostik, begleitender sozialpädiatrischer Betreuung, kinder- und jugendpsychiatrischer und -psychotherapeutischer Behandlung erfolgen im Rahmen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung des betroffenen Kindes; weitere Hilfeleistungen, ggf. auch jenseits der Leistungspflicht der Kassen und solche durch die Eingliederungshilfe, werden zum Teil im Rahmen des Opferentschädigungsgesetzes finanziert, unter der Voraussetzung, dass eine strafrechtliche Würdigung erfolgt ist (▶ Kap. 20).

Die Finanzierung von komplexen Leistungen über verschiedene Sozialgesetzbücher hinweg bleibt anhaltend schwierig: Bei einer Analyse der Versorgungssysteme in Deutschland zeigt sich eine stark vertikale Gliederung, die insbesondere den sehr unterschiedlichen Finanzierungssystemen geschuldet ist. Diese Fragmentarisierung der Hilfsangebote in gesundheitliche, soziale und Bildungsangebote birgt das Risiko in sich, dass fehlende Koordinierung und Abstimmung zu Unter-, Über- oder Fehlversorgung führen und die Hilfesysteme ihre eigentlich intendierten Ziele verfehlen. Ohne eine koordinierte Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Systemen können die wichtigsten Risiken für eine gestörte Entwicklung in den ersten Lebensjahren nicht erkannt und eine effektive Unterstützung der Familien nicht geleistet werden. Die gesamtgesellschaftlichen Folgekosten dieser mangelnden Kooperation dürften beträchtlich sein (Habetha et al. 2012).

Bei sexuellen Misshandlungen und Kinderpornografie sind zahlreiche zusätzliche gesetzliche Maßnahmen ergriffen worden, den Opferschutz zu stärken; die zielführende Umsetzung aller Maßnahmen und der Aufbau nachhaltiger Strukturen bedürfen weiterer Anstrengungen. Hier, aber auch in anderen Bereichen des Kinderschutzes, verfolgen unterschiedliche Institutionen und Akteure, abhängig von Zuständigkeiten, Finanzierung und beruflicher Orientierung, unterschiedliche Ziele. Gemeinsames Ziel ist sicherlich der Schutz des Kindes. Im ärztlich-therapeutischen Bereich wird jedoch stärker auf die nachhaltige Planung einer therapeutischen Intervention und die Ermöglichung dieser hingewiesen, als dies im Bereich der Jugendhilfe der Fall ist, deren gesetzliche Aufgabe sich zunächst aus dem Schutzauftrag ergibt. Ohne gute Kommunikation können sich Konstellationen ergeben, bei denen durch eine Fokussierung auf sofortigen Schutz Konzepte für eine therapeutische Intervention zunichte gemacht werden, und solche, bei denen gutgemeinte therapeutische Angebote den wirksamen Schutz des Kindes untergraben. Alle Komponenten der Intervention müssen von den handelnden Akteuren (dazu gehören auch die Eltern!) zusammengedacht werden im Sinne der besten Interessen des Kindes. Dazu gehört auch eine explizite Diskussion potenzieller Nebenwirkungen der Interventionen auf das betroffene Kind und seine Umwelt.

Kommt es nicht rasch zu einer »passgerechten« Intervention, die tatsächlich die Entwicklungschancen des Kindes nachhaltig verbessert, müssen möglicherweise erst später manifest werdende seelische Störungen intensiv ambulant und häufig auch stationär behandelt werden. Auch dann gelingt es nicht regelhaft, entsprechende traumatherapeutische Expertise vorzuhalten; der Schutz der Kinder und Jugendlichen ist nicht verlässlich gesichert, selbst in therapeutischen oder heilpädagogischen Settings. Die empirische Überprüfung von Maßnahmen zum Schutz und zur Heilung von Kindern und Jugendlichen nach Gewalterfahrung hinkt der fortschreitenden Kompetenz bei der Diagnosestellung deutlich hinterher. Therapieforschung ist ein aufwendiges, immer langfristiges und komplexes Forschungsfeld und die Anreize für Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, hier zu investieren, sind vergleichsweise gering. Dennoch ist sie dringend erforderlich, weil nicht davon ausgegangen werden kann, dass die heute gewählten Interventionen und Behandlungen in jedem Fall zu besseren langfristigen Entwicklungen führen, als sie ohne diese Interventionen erfolgen würden.

21.3 Rechtsgüterabwägung

Bei der Rechtsgüterabwägung spielen verschiedene Rechtssysteme eine Rolle, welche die universelle Menschenrechtskonvention, im Fall von Kindern insbesondere die UN-Konvention über die Rechte der Kinder, das Grundgesetz, die zivilrechtlichen Regelungen zur elterlichen Sorge und Fürsorge im Bürgerlichen Gesetzbuch, das Kinder- und Jugendhilfegesetz (KJHG; Sozialgesetzbuch VIII) das Bundeskinderschutzgesetz und schließlich das Strafrecht umfassen. In der Komplexität dieser Interessensabwägung und zahlreichen Handlungsperspektiven, die von den verschiedenen Berufsgruppen mit ihren unterschiedlichen Aufträgen ganz unterschiedlich wahrgenommen werden, spielen weiterhin die emotionale und kognitive Verarbeitung der Geschehnisse auch bei den Helfern eine große Rolle.

Folgende Rechtsgüter, Ansprüche und Interessen sind abzuwägen (▶ Kap. 20):

- das Recht des Kindes auf körperliche und seelische Unversehrtheit und die Verpflichtung des Staates, dieses Recht zu schützen (staatliches Wächteramt) ,
- das Recht des Kindes, nach Möglichkeit in seiner Herkunftsfamilie aufzuwachsen, und die Verpflichtung des Staates, die Eltern dabei mit allen Möglichkeiten zu unterstützen,
- das Recht des Kindes auf Sicherung seiner Ansprüche auch gegenüber den Eltern, z. B. Rentenansprüche, Recht auf Förderung und Bildung,
- die Befriedigung von Rechtsbedürfnissen der Gesellschaft, die Gewalt gegen Kinder nicht toleriert und in der Kinder in gleicher Weise Rechte haben wie Erwachsene,
- das Recht der selbst oft jungen Eltern auf soziale und psychologische Hilfe sowie ggf. Therapie,
- das öffentliche Interesse an Prävention im Hinblick auf das betroffene Kind und bezogen auf weitere Kinder in der Familie, auch im Hinblick auf die hohen Kosten für das Gemeinwesen.

In Deutschland hat die Familie als soziale Gemeinschaft einen hohen Stellenwert und staatliche Eingriffe in eine Familie dürfen nur bei Missbrauch des elterlichen Sorgerechts angewendet werden. In der Kinder- und Jugendmedizin ist es üblich, familiären Belangen eine wichtige, wenn auch nicht absolute Rolle einzuräumen. Die Eltern werden durch das ihnen im Grundgesetz, im Bürgerlichen Gesetzbuch und im Kinder- und Jugendhilfegesetz verbürgte Sorgerecht privilegiert, in bestem Interesse ihres Kindes zu handeln und zu entscheiden sowie Gefahren für das Wohl des Kindes aus eigener Kraft abzuwenden.

Ein **Konflikt** ergibt sich dann, wenn Rechtsgüter wie das Recht des Kindes auf körperliche Unversehrtheit und Gesundheit durch die Sorgeberechtigten verletzt werden. In einem solchen Fall sind die Grundrechte des Kindes als das höhere Rechtsgut einzuschätzen und erlauben die Preisgabe weniger schützenswerter Güter, wie z. B. das Sorgerecht der Eltern oder auch die Verpflichtung zur Verschwiegenheit in der Arzt-Patienten-Beziehung. Diese Güterabwägung sollte freilich umsichtig erfolgen und für alle Betroffenen transparent sein. Von großer Bedeutung ist dabei, dass bei der Bewertung kein Verschulden der Eltern vorliegen muss; das Recht des Kindes auf Leben, Gesundheit und freie Entfaltung der Persönlichkeit bleibt auch bei schuldloser Gefährdung des Kindeswohls nicht schutzlos.

Wegen der möglichen gravierenden Folgen von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung, aber auch der prozesshaften Verursachung durch negative Kontextfaktoren und mangelnde Handlungsfähigkeit der Sorgeberechtigten, hat sich in Deutschland gerade bei Vernachlässigung die Begrifflichkeit der **Kindeswohlgefährdung** in der Sozialgesetzgebung und der Jugendhilfe etabliert. Der Begriff unterscheidet weder zwischen ursächlichen aktiven Handlungen (z. B. Kinder bei Fremden oder erziehungsinkompetenten Personen in Betreuung zu geben) und Unterlassungen der Eltern (mangelnde Kommunikation mit dem Kind) noch zwischen kontextbezogenen Faktoren wie familiären Lebensumständen (z. B. Obdachlosigkeit, die die Eltern nicht abwenden konnten) und individuellen Faktoren bei den Eltern (z. B. einer psychischen Erkrankung). Einerseits bedeutet dies, dass internationale Vergleiche schwierig sind, weil in allen anderen Datenerhebungen zwischen den Formen körperliche und sexuelle Misshandlung und Vernachlässigung

(meist nicht in verschiedene Formen differenziert) unterschieden wird. Andererseits bietet diese an den Entwicklungspotenzialen und Rechten des Kindes orientierte Wahrnehmung den Vorteil, dass, um Hilfen anzubieten, kein schuldhaftes Handeln der Sorgeberechtigten Voraussetzung für einen Eingriff in die Autonomie der Familie ist. Es wird deutlich, dass sich hier keine Probleme stellen, wenn die Familie die angebotenen Hilfen aus eigener Einsicht annimmt, weil sie diese Hilfen als stärkend, passgerecht und bedarfsbezogen erlebt und selbst beantragt. Gerade im Bereich der Vernachlässigung, die häufig durch umweltbezogene Risiken verursacht wird, die durch die Mitwirkung der Sorgeberechtigten abgewendet werden sollten, entsteht ein weiter Ermessensspielraum und damit ein Risiko für unangemessene Interventionen in Familien. Gerade vernachlässigende oder sozial ausgegrenzte, marginalisierte Familien sehen wenige Möglichkeiten, sich aktiv an der Hilfeplanung zu beteiligen. Andere Familien fühlen sich in ihrer Autonomie extrem bedroht und wehren aggressiv Interventionen ab. Die Aktivierung der Selbstwirksamkeit und die Mediation von Konflikten können wesentliche Teile des Verständigungsprozesses sein, können aber auch scheitern. An dieser Stelle müssen staatliche Verpflichtungen greifen, das Wohl des Kindes zu sichern.

Familienrecht/Zivilrecht

Es ist der Frankfurter rechtswissenschaftlichen Gruppe um Spiros Simitis, Ludwig Salgo und Gisela Zenz (Zenz 1981) zu verdanken, dass das Kind im Familienrecht zunehmend als Subjekt mit eigenen Ansprüchen sowie Interessen gesehen wird und ihm gemäße Artikulationsmöglichkeiten sowohl in vormundschaftlichen als auch in strafrechtlichen Prozessen geschaffen wurden. Die Gruppe wies bereits zu Beginn der 1980er Jahre auf die unterschiedlichen Möglichkeiten hin, den gesellschaftlichen und staatlichen Auftrag zum Schutz von Kindern durch Nutzung zivilrechtlicher und vormundschaftsrechtlicher Verfahren einzulösen. Im weiteren Verlauf sind die Familiengerichte in ihren Aufgaben und Kompetenzen deutlich gestärkt worden, insbesondere was die Anhörung von Kindern und Jugendlichen angeht. Das Familiengericht ist den besten Interessen des Kindes verpflichtet, die Feststellung einer Schuld der Sorgeberechtigten ist nicht Voraussetzung in einen Eingriff in die Rechte der Eltern. Diese Eingriffe dürfen jedoch nur geschehen, wenn alle erforderlichen Maßnahmen zum Schutz des Kindes durch die Jugendämter ausgeschöpft sind, sodass auch hier die Anforderungen gewachsen sind. Familienrechtliche Gutachten spielen eine bedeutende Rolle in der Entscheidungsfindung, da häufig eine besondere Expertise hinsichtlich der Entwicklung des Kindes und der Erziehungsfähigkeit der Eltern erforderlich ist. An die Qualität solcher Gutachten sind höchste Anforderungen zu stellen, weil sie weitreichende Konsequenzen für die soziale und emotionale Entwicklung eines Kindes haben.

Strafrecht

Die Strafgesetzgebung sanktioniert Handlungen oder Unterlassungen, die andere Menschen schädigen, und hat zum Ziel, den Rechtsfrieden der Gesellschaft aufrecht zu erhalten und sekundär potenzielle Opfer zu schützen. Im Strafverfahren liegt jedoch der Fokus auf der Bestrafung des Täters und nicht primär auf dem Schutz des Opfers. Die Wahrheitsermittlung im Strafverfahren ist im Fall von Kindesmisshandlung zudem durch einige Umstände belastet:

- Hauptbelastungszeuge ist in der Regel das Kind selbst, auch als entsprechender Nebenkläger.
- Fragen der Glaubwürdigkeit und der Belastbarkeit der kindlichen Aussage bei wiederholter Befragung können eine Rolle spielen (▶ Kap. 20.3).
- Die Bewertung ärztlicher oder psychologischer Befunde bei nicht aussagefähigen sehr jungen Kindern spielt eine große Rolle.
- Ohne ein Geständnis des Täters steigt die Gefahr, wegen nicht zu führenden Tatnachweises das Verfahren einstellen zu müssen.
- Ist eine Tat nicht eindeutig einer Person zuzuordnen und beide Eltern schweigen, kann in der Regel niemand verurteilt werden, auch wenn – z. B. durch medizinische Befunde – der Tatbestand einer Misshandlung evident ist.
- Die Einstellung eines Verfahrens mangels Beweises oder aufgrund eines Widerrufs einer Zeugenaussage, die für den Täter einem »Freispruch« gleichkommt, kann die Situation für das betroffene Kind noch verschlechtern.

Diese Schwierigkeiten haben in der Vergangenheit haben dazu geführt, dass in dem Bemühen um die Wiederherstellung der Sicherung des Kindeswohls in den helfenden Berufen (Ärzte, Therapeuten, Sozialpädagogen, Familienrichter) häufig auf Strafanträge verzichtet wurde. Zu dieser Wahrnehmung hatten Befürchtungen vor sekundärer Viktimisierung des Opfers durch das Strafverfahren und die häufigen Einstellung der Verfahren bei nicht zweifelsfreier Klärung der Schuld des Täters oder die oft jahrelange Dauer der Verfahren beigetragen. Zunehmend erweitern sich jedoch die Möglichkeiten für einen besseren Schutz des kindlichen Zeugen in Strafverfahren (► Kap. 20.3.3). Eine strafrechtliche Würdigung kann den Klärungsprozess und die Verarbeitung bei dem betroffenen Kind oder Jugendlichen aber auch den Bezugspersonen positiv unterstützen.

Ein Strafverfahren mit einem minderjährigen Opferzeugen sollte durch ein entsprechendes therapeutisches Programm (Zeugen-/Opferschutzprogramm) und beratende Helfer begleitet werden, um eine sekundäre Traumatisierung durch das Verfahren zu vermeiden. Auch wenn eine psychotherapeutische Behandlung während des Strafverfahrens aus forensischen Gründen vielleicht nicht erwünscht ist, um Zeugenaussagen nicht zu beeinflussen, kann dem Kind und der Familie eine baldmögliche Behandlung und Beratung nicht verweigert werden. Bekanntermaßen ist die Prognose bei Gewalterfahrung umso besser, je früher eine Bearbeitung der akuten Symptome einer seelischen Traumatisierung einsetzen kann.

21.4 Berufsethische Aspekte

Neben Kindeswohl und Kindeswille sind berufsethische Haltungen ein bedeutsames Element im klinischen Entscheidungsprozess. Nicht selten sehen sich Ärzte einem **ethischen Konflikt** in der Sorge um das Kindeswohl ausgesetzt. Während in der üblichen Praxis Kindeswohl und Elterninteressen im Einklang stehen, weil Eltern sich angemessen für die Bedürfnisse und Interessen ihres Kindes einsetzen, findet sich bei gewaltsamen Eltern-Kind-Interaktionen eine fehlende Übereinstimmung zwischen Elternverantwortung und Kindeswohl.

Charakteristikum klinischer Entscheidungsfindung in der Kinderheilkunde ist die Ausweitung des üblichen Arzt-Patient-Verhältnisses in ein Arzt-Kind-Eltern-Verhältnis, das durch die fortschreitende kindliche Entwicklung und die Einbettung in das soziale und gesellschaftliche Umfeld individuell ausgestaltet werden muss. Dies bedingt Besonderheiten in der klinischen Entscheidungsfindung:

- Kinder können häufig aufgrund ihres Alters gar nicht oder nur begrenzt an Entscheidungsprozessen teilnehmen.
- Solange das Kind nicht entscheidungsfähig ist, müssen verantwortliche Personen, d. h. in der Regel die sorgeberechtigten Eltern, alle Entscheidungen treffen.
- Sind Eltern oder andere Sorgeberechtigte dazu nicht willens oder in der Lage, muss die staatlich legitimierte Jugendhilfe in Verbindung mit dem Familien- (Vormundschafts-)gericht für die Rechte des Kindes eintreten.

Die frühe Kodifizierung ärztlichen Verhaltens im Hippokratischen Eid zeigt die hohe Bedeutung der moralischen Selbstverpflichtung im Arztberuf. Die traditionelle ärztliche Berufsethik, heute niedergelegt in den ärztlichen Berufsordnungen der jeweiligen Ärztekammern, ist tugendethisch geprägt. Verschwiegenheit, Wahrhaftigkeit, Vertrauensbildung und Integrität stellen zentrale Elemente ärztlicher Tätigkeit dar. Sie werden ergänzt durch Prinzipien wie Fürsorge, Nicht-Schaden, Respekt vor der Patientenautonomie und Gerechtigkeit. So stellen sich im Falle der Kindesmisshandlung bzw. -vernachlässigung u. a. folgende Fragen für den Arzt:

- Wie kann mit Verschwiegenheit bei der Misshandlung oder Vernachlässigung von Kindern umgegangen werden?
- Wie kann vertrauensbildend und gleichzeitig angemessen reagiert werden?
- Wie kann ärztliche Integrität gewahrt werden, wenn unangemessenes, ja strafbares Verhalten der Eltern (z. B. durch die Misshandlung ihrer Kinder) vorliegt, und sozialrechtliche Vorgaben oder Krankenversicherungen (z. B. Zahlungsverweigerung für bestimmte Maßnahmen) enge Grenzen setzen?
- Wie kann der Schutz des Kindes bzw. die elterliche Eigenverantwortung geachtet und gewichtet werden?

- Wie kann durch therapeutische und diagnostische Maßnahmen das Risiko für die Schädigung eines Kindes verhindert oder minimiert werden?
- Wie kann für den kindlichen Patienten gesorgt werden?
- Wie soll zwischen kollektiver und Einzelfallgerechtigkeit entschieden werden?

Das 2012 in Kraft getretene Bundeskinderschutzgesetz hat, um eine Absicherung von sogenannten Berufsgeheimnisträgern, d. h. insbesondere Ärzten, zu erreichen, eine Befugnisnorm geschaffen, die sie zur Kooperation mit der Jugendhilfe auffordert, wenn eine Gefährdung des Kindeswohls nicht mit anderen Mitteln abgewehrt werden kann. Diese positive Formulierung entbindet die Ärzte jedoch nicht von der Verpflichtung, die Sorgeberechtigten zu informieren (es sei denn, eine akute Verschlechterung der Lage des Kindes würde dadurch verursacht), Brücken zu bauen und Hilfen anzubieten und die Gründe für den Bruch der Schweigepflicht gut und nachvollziehbar zu dokumentieren.

Weiterbildungsmöglichkeiten

Die Bundesärztekammer hat 2009 im Hinblick auf die sich verändernden Aufgaben für Ärztinnen und Ärzte eine Expertise in Auftrag gegeben. Diese stellt fest, dass entsprechende Lerninhalte im Medizinstudium laut der gültigen Approbationsordnung bezogen auf das Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin mit dem Lernziel »(…) Krankheiten der perinatalen Periode, des Kindes- und Jugendalters, Verhaltens- und Entwicklungsstörungen sowie Behinderungen bei Kindern und Jugendlichen« die medizinischen Aspekte von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung nicht systematisch berücksichtigt werden. Insofern ist folgerichtig, dass viele Ärzte bei entsprechenden Befragungen hohen Wissensbedarf anmelden (www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/praevention/kindesmisshandlung). Diesem Bedarf wird derzeit durch Fortbildungsangebote der Landesärztekammern, verschiedener Fortbildungsinstitute, E-Learning-Plattformen, regelmäßigen Fortbildungsbeiträgen im Deutschen Ärzteblatt und anderen Fachjournalen sowie Informationsangeboten auf der Homepage der Bundesärztekammer in unterschiedlicher Intensität Rechnung getragen. An der Organisation multidisziplinärer Fortbildungen, die erforderlich sind, um die Lernziele des interdisziplinären und multiprofessionell vernetzten Arbeitens abzudecken, arbeitet insbesondere die Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (DGfPI) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) mit den Kasseler Fortbildungstagen (www.kindesmisshandlung.de/fortbildungen.html), die Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren (www.kinderschutz-zentren.org/fortbildungen) und das Nationale Zentrum Frühe Hilfen (www.fruehehilfen.de). Eine große Hürde wird genommen sein, wenn die derzeit laufende Entwicklung einer S3-Leitlinie für das AWMF-Leitlinienregister zu diesem Thema abgeschlossen sein wird (www.kinderschutzleitlinie.de).

Literatur (Kapitel 21–24)

Bentovim A, Elton A, Tranter M (1987) Prognosis for rehabilitation after abuse. Adoption and Fostering 34: 821–826

Bundesministerum für Gesundheit (2007) Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Kindesmisshandlung/Kindes-vernachlässigung/Kindesmissbrauch. Bundesanzeiger 234: 8268

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium der Justiz (2003) Gewaltfreie Erziehung – Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung. Quelle: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gewaltfreie-erziehung-bussmann-deutsch,property=pdf.pdf

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2014) Broschüre Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch in einer Einrichtung – Was ist zu tun? Fragen und Antworten zu den Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden. https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMJ/Verdacht_Kindesmissbrauch_Einrichtung_6689304.html

Deegener G, Körmer W (2011) Risiko und Schutzfaktoren – Grundlagen und Gegenstand psychologicher, medizinischer und sozialpädagogischer Diagnostik im Kinderschutz. In: Körner W, Deegener G. Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 201–250

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM), Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) (Hrsg.) (2016) Empfehlungen zu Kinderschutz an Kliniken. Bonn, Kassel, Berlin; laufend aktualisiert, Erstausgabe 2010; aktuelle Version 1.6; Abruf unter www.ag-kim.de/index.php?id=163 und www.dakj.de/

pages/aktivitaeten/stellungnahmen-und-empfehlungen/kinderschutz.php

Ellsäßer G, Cartheuser C (2006) Befragung zur Wahrnehmung von Gewalt gegen Kinder und zur Nutzung des Leitfadens »Gewalt gegen Kinder und Jugendliche« durch Brandenburger Kinderärzte. Das Gesundheitswesen 68: 265–270

Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (Hrsg.) (2015a) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer Verlag Heidelberg

Fegert JM, Wolff M (Hrsg.) (2015b) Kompendium »Sexueller Missbrauch in Institutionen«. Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Beltz Juventa, Weinheim, Basel

Herbert Grundhewer, von Bismarck S, Häßler F, Herrmann B, Thyen U (2013) Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) (Hrsg.) Praxisleitfaden Kindesmisshandlung. Vorgehen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. www.dakj.de/media/stellungnahmen/dakj/2013-dakj-kindesmisshandlung-praxisleitfaden.pdf

Habetha S, Bleich S, Sievers C, Marschall U, Weidenhammer J, Fegert JM (2012) Deutsche Traumafolgekostenstudie. Kiel, Schmidt & Klaunig, Schriftenreihe / IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH Kiel, Bd. III

Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, Bates G, Mikton C, Shakespeare T, Officer A (2012) Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet 380: 899–907

Kinderschutz-Zentrum Berlin (2009) Kindesmisshandlung. Erkennen und Helfen. 11. überarbeitete Aufl., Berlin: Kinderschutz-Zentrum

Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (Hrsg.) (2006) Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München: Deutsches Jugendinstitut

Kindler H (2015) Prävention von sexuellem Missbrauch – Möglichkeiten und Grenzen. In: Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (Hrsg.) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer Verlag Heidelberg, S. 351–362

Lohaus A, Trautner HM (2015) Präventionsprogramme und ihre Wirksamkeit zur Verhinderung sexuellen Missbrauchs. In: Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (Hrsg.) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S 709–724

Landzettel HJ (1990) Zum Thema Kindesmisshandlung – Erste Ergebnisse einer Fragebogenaktion der hessischen Kinderärzte. Der Kinderarzt 21: 1301–1305

Martens-Le Bouar H, Renner I, Belzer F, Barth M, Krippeit L, Ufer J, Friedmann A, Ziegler M, von Kries R, Paul M, Mall V; gemeinsam mit der Expertengruppe Frühe Hilfen (2013) Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr. Kinderärztl Prax 84: 94–100

Metzner F, Pawils S (2011) Zum Einsatz von Risikoinventaren bei Kindeswohlgefährdung. In: Körner W, Deegener G. Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 251–277

Mörsberger T, Restemeier J (Hrsg.) (1997) Helfen mit Risiko. Zur Pflichtenstellung des Jugendamtes bei Kindesvernachlässigung. Neuwied, Kriftel, Berlin

Neutze J, Grundmann D, Scherner G, Beier KM (2012) Undetected and detected child sexual abuse and child pornography offenders. Int J Law Psychiatry 35: 168–175

Reich W (2005) Der Stuttgarter Kinderschutzbogen. Ein Diagnoseinstrument bei Kindeswohlgefährdung. Kinderärztliche Praxis 76: 370–377

Salgo L (2007) § 8a SGB VIII – Anmerkungen und Überlegungen zur Vorgeschichte und die Konsequenzen der Gesetzesänderung. In: Ziegenhain U, Fegert JM (Hrsg.) Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. Reinhardt, München, S 9–29

Schick A, Cierpka M (2003) Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. Kindheit und Entwicklung 12 (2): 100–110

Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006) Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Dtsch Ärztebl 103: B1872–1878

Thyen U, Meysen T, Dörries A (2010) Kinderschutz im Spannungsfeld ärztlichen Handelns. In: Suess GJ, Hammer W (Hrsg.) Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten. Klett-Cotta, Stuttgart, S 126–149

Thyen U, Kirchhofer F, Wattam C (2000) Gewalterfahrung in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. Das Gesundheitswesen 62: 311–319

Thyen U (2014) Sekundäre Prävention im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Die Früherkennungsuntersuchungen U1–J2. Monatsschr Kinderheilkd 162: 518–526, DOI 10.1007/s00112-013-3068-3

Übereinkommen über die Rechte des Kindes. UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut (Texte in Amtlicher Übersetzung) vom 20. November 1989, am 26.01.1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet. Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 – BGB1. II S. 121

Uslucan HH (2010) Kinderschutz im Spannungsfeld unterschiedlicher kultureller Kontexte. In: Suess GJ, Hammer W (Hrsg.) Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten. Klett-Cotta, Stuttgart, S 150–165

von Bismarck S und AG KiM (2014) Leitfaden zum Aufbau eines Präventionskonzeptes gegen sexuellen Missbrauch in Kinderkliniken. Berlin, Bonn. Download unter: http://ag-kim.de/index.php?id=163

Walper S, Kindler H (2015) Partnergewalt. In: Melzer W, Hermann D, Sandfuchs D, Schäfer M, Schubarth W, Daschner P (Hrsg.) Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn

Wetzels P (1997) Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, Band 8. Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Zenz G (1981) Kindesmisshandlung und Kindesrechte. Erfahrungswissen, Normstruktur, Entscheidungsrationalität. 1. Auflage, Suhrkamp, Frankfurt a. M.

Ärztlicher Umgang mit dem Verdacht auf Misshandlung und Vernachlässigung

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_22, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Ärztlicher Umgang mit Kindeswohlgefährdungen betrifft zahlreiche Berufsgruppen mit unterschiedlichster Expertise und unterschiedlichen Rollen und Aufgaben. Kinder- und Jugendärzte, Kinderchirurgen, Sozial- und Neuropädiater und Kinder- und Jugendpsychiater sind meist die fallverantwortlichen Berufsgruppen und koordinieren den auch innermedizinisch multiprofessionellen Umgang mit Verdachtsfällen. Je nach Berufsfeld ergeben sich unterschiedliche Ansätze des Umgangs (Praxis, Klinik, öffentliches Gesundheitswesen, Rechtsmedizin). Das Ausmaß des ärztlichen Beitrags zur Stellung der Diagnose unterscheidet sich auch je nach Art der Misshandlung, spielt im somatisch-diagnostischen Bereich beispielsweise eine zentrale Rolle bei körperlicher Misshandlung und Vernachlässigung und ist bei sexuellen Missbrauchs häufig nur supportiv. Kinder- und Jugendärzte, im Säuglingsalter auch Hebammen, gehören zu den wenigen außerfamiliären Kontaktpersonen, die das Kind im Säuglings- und Vorschulalter regelmäßig sehen. Sie werden damit in die Verantwortung genommen, Anzeichen für eine Kindesmisshandlung frühzeitig zu erkennen und Hilfsmaßnahmen einzuleiten. Erst im Kindergarten und später in der Schule erweitert sich der Kreis der außerfamiliären Kontaktpersonen.

Im kinder- und jugendärztlichen Bereich ist eine deutliche Zunahme der Aufmerksamkeit für das Problem der Kindeswohlgefährdung, der Misshandlung, des Missbrauchs und der Vernachlässigung zu beobachten. Während in einer Untersuchung von Landzettel (1990) in den 1980er Jahren noch 17% der Praxen in der Großstadt und 55% der Praxen in ländlichen Gebieten berichteten, innerhalb des vergangenen Jahres keinen einzigen Fall von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung beobachtet zu haben, war dies nach einer Untersuchung in den Hamburger Beobachtungspraxen (1995) in den 1990er Jahren nur noch in 8% der Praxen der Fall (Behörde für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Hamburg 1995).

Eine Untersuchung in Brandenburg 2002–2003 ergab, dass lediglich 3,3% der Praxen keinen einzigen Fall im Jahr zuvor beobachtet hatten (Elsäßer u. Cartheuser 2006). Durchschnittlich gaben die Praxen 9,3 Fälle pro Jahr an, allerdings zeigte sich eine extreme Variationsbreite von 0 bis über 100 Fälle pro Jahr. An dieser Variationsbreite wird deutlich, wie unscharf die Definition von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung oder Kindeswohl ist und dass das Vorgehen wenig standardisiert und uneinheitlich ist.

Kinder- und Jugendärzte übernehmen bereits jetzt eine sehr wichtige Rolle in der gesundheitlichen und sozialen Versorgung von Kindern, ihre Arbeit muss jedoch durch bessere Kooperation und deutlich mehr Ressourcen für Frühe Hilfen unterstützt werden. Erste Modellversuche zur besseren Integration der Angebote der Frühen Hilfen in die kinderärztliche Praxis sind insbesondere in Baden-Württemberg mit Unterstützung der Kassenärztlichen Vereinigung durchgeführt worden (www.kvbawue.de/praxis/qualitaetssicherung/fruehe-hilfen/).

Die Inanspruchnahmerate der Früherkennungsuntersuchungen durch die Eltern der bis zu 3-Jährigen liegt über 95%. Dies bedeutet, dass das Angebot von den Eltern offenbar gerne angenommen wird. Kinder- und Jugendärzte sind damit Schlüsselfiguren für die Begleitung und Förderung des Kindeswohls in den ersten Lebensjahren und tragen neben den rein medizinischen Aufgaben eine (Mit-)Verantwortung, Kinder vor schädlichen Entwicklungen zu schützen und die Elternverantwortung zu stärken. Kinder- und Jugendärzte nehmen diese Rolle bis in das Kleinkindesalter nahezu exklusiv ein, etwa ab dem 3.–4. Lebensjahr kommen andere außerfamiliäre Institutionen wie Kindertagesstätte und Schule hinzu, die ebenfalls in universeller Weise Vorschul- und Schulkinder betreuen.

Der von der Kinderschutzkommission der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin herausgegebene Praxisleitfaden formuliert folgende Ziele für die Kinderschutzarbeit in der Praxis (Grundhewer et al. 2013):

- frühzeitiges Erkennen einer möglichen Gefährdung des Kindes
- gesundheitliche Versorgung des Kindes, Förderung von gesundem Aufwachsen des Kindes und Unterstützung der kindlichen Entwicklungspotenziale
- verbindliche Betreuung der Familie und des Kindes: Dafür muss unbedingt eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung bestehen und weiter erhalten werden
- Information der Eltern über die Hilfsmöglichkeiten vor Ort

- aktiv geeignete Hilfen einleiten
- Kontakt zu anderen Institutionen herstellen

22.1 Erster Kontakt

Kindesmisshandlung ist selten ein isoliertes Ereignis, sondern meist eine chronische Situation, die zu Entwicklungsstörungen im Kindesalter führt. In vielen retrospektiven Fallanalysen zeigt sich, dass es zahlreiche Frühwarnzeichen in der Anamnese gibt, die als Hilferufe der Eltern verstanden werden können.

Der Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch kann auf verschiedene Weise entstehen:

- **aufgrund von körperlichen Symptomen, z. B. eine ungeklärte Fraktur beim Säugling oder Zeichen mangelnder Hygiene oder eine Gedeihstörung,**
- **aufgrund von auffälligem Verhalten des Kindes, z. B. plötzlich eintretender Entwicklungsknick mit sozialem Rückzug,**
- **aufgrund von anamnestischen Angaben, z. B. unvollständige Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen oder gehäufte Unfälle,**
- **aufgrund einer offensichtlich gestörten familiären Interaktion, z. B. mangelnde Zuwendung der Eltern oder feindseliges Verhalten gegen das Kind.**

Liegen solche Anhaltspunkte vor, sollte die Familie zu einem ruhigen Gespräch außerhalb der Sprechzeiten eingeladen werden, um weitere Informationen einzuholen und mit den Eltern und dem betroffenen Kind in einen näheren Kontakt zu kommen. Sicherlich sind manche Entwicklungsstörungen die Folge von Vernachlässigung, Verwahrlosung oder Gewalterfahrungen in der Kindheit. In weitaus größerer Zahl sind die Entwicklungsstörungen jedoch nicht justiziablen oder interventionsfähigen Handlungen oder Unterlassungen der Eltern und Bezugspersonen zuzuschreiben sondern ereignen sich vielmehr vor dem Hintergrund komplexer psychosozialer Belastungssituationen. Hierzu zählen insbesondere die veränderten Familienstrukturen mit häufigeren lang anhaltenden Konflikten bei Trennung und Scheidung, die schlimmstenfalls damit einhergehen, dass Kinder Zeugen elterlicher Partnergewalt werden. Hilfen in diesen Konstellationen können nur multi- und interdisziplinär erfolgen im Sinne einer integrierten sozialpsychiatrischen und sozialpädiatrischen Kooperation.

In der kinderärztlichen Versorgung steht das Wohl des Kindes im Vordergrund, nicht die Klärung einzelner Handlungen und Unterlassungen. Daher ist das ärztliche Handeln primär durch den Wunsch motiviert, die Gesundheit und Entwicklung des Kindes zu schützen und geeignete medizinische, aber auch psychosoziale Hilfen anzubieten oder zu vermitteln. Das Kindeswohl ist nicht unbedingt durch eine sofortige Maßnahme oder eine Herausnahme des Kindes aus seiner Familie herzustellen. Manchmal ist es für das Kind von Vorteil, dieser Situation mit Ruhe und Geduld zu begegnen und zu versuchen, ein Vertrauensverhältnis zu dem Kind selbst oder einer Bezugsperson aufzubauen.

Wenn in einer Familie Gewalt ausgeübt wurde oder wird, können an die Arztpraxis hohe Erwartungen gerichtet werden, insbesondere dann, wenn das Problem direkt angesprochen wurde. Die Bitte um Hilfe kann sowohl vom Kind als auch von der begleitenden Person ausgehen. Hier müssen Ärzte die eigenen Möglichkeiten und Grenzen genau kennen. Das Vertrauen, das ihnen entgegengebracht wird, darf nicht durch Versprechen, die später nicht eingehalten werden können, zerstört werden.

Das Verhalten gegenüber der Begleitperson sollte freundlich sein. Vorwürfe, Vermutungen und Vorurteile gegenüber Erziehungsberechtigten oder ein Dramatisieren des Falles helfen nicht weiter. Die Grundprinzipien der Intervention sind in Tab. 22.1 zusammengefasst.

22.2 Anamneseerhebung

Im Rahmen der Anamneseerhebung sollten Belastungsfaktoren im sozialen Umfeld des Kindes bzw. Jugendlichen erfragt werden. Hierbei können Fragen zur Familiensituation helfen:

- Wer gehört zur Familie?
- Ist jemand weggegangen (Todesfall, Partnerverlust, Trennung) oder dazugekommen (Geschwisterkind, neuer Partner)?

Tab. 22.1 Grundprinzipien der Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung

Entstehen eines Verdachtes	Im Rahmen von Vorsorge- oder anderen ärztlichen Untersuchungen durch körperliche Symptome, auffälliges Verhalten, anamnestische Angaben oder Wahrnehmung gestörter familiärer Interaktion
Anamneseerhebung	Belastungsfaktoren im sozialen Umfeld, Fragen zur Familiensituation, ausführliche Eigen- und Entwicklungsanamnese, Befragung des Kindes (nicht suggestiv) – der Umfang der Anamnese ist von der Erfahrung des Untersuchers abhängig
Untersuchung	Dem Patientenalter gerechte Untersuchungssituation, alle Untersuchungsschritte erklären, Bestätigung gegenüber dem Kind, grundsätzlich gesund zu sein; dem Kind Sicherheit vermitteln, spontane Aussagen möglichst wörtlich dokumentieren, nicht interpretieren, Verhalten in der Untersuchungssituation wahrnehmen und dokumentieren – eine sekundäre Traumatisierung durch die Untersuchung oder das Gespräch muss vermieden werden
Ambulante Klärung	Ruhiges Gespräch außerhalb der Sprechzeiten, Kontakt herstellen, Angebot ambulanter Hilfen, Evaluation der Ressourcen und Belastungen der Familie
Stationäre Aufnahme	Diagnostische Klärung ambulant nicht möglich, Verfügbarkeit forensischer Spezialkompetenz und Interventionsansätze (Kinderschutzgruppe) in der Klinik, Schwere der Verletzungen, akute Sicherung des Kinderschutzes erforderlich
Grundprinzipien	Ruhe bewahren, Eskalation vermeiden, Orientierung am Schutz des Kindes, nicht an Tataufklärung, kinderpsychologische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung zeitnah, stationäre Aufnahme bei entsprechender Indikation; immer multiprofessionell handeln, Jugendamt involvieren

- Wen gibt es sonst noch an Angehörigen?
- Wie geht es den Eltern, der Mutter?
- Befindet sich ein Familienmitglied in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?
- Gibt es Hinweise für Delinquenz bei Familienmitgliedern?
- Gibt es Hinweise für soziale Belastungen (z. B. Schulden, Verlust des Arbeitsplatzes oder der Wohnung) oder Suchterkrankungen (z. B. Alkohol- oder Drogenmissbrauch)?
- Gibt es Hinweise für Gewalt in der Partnerschaft?
- Wie kommt die Mutter/der Vater mit dem Kind (den Kindern) zurecht?
- Gibt es Konfliktstoffe mit dem Kind?
- Hat das Kind schulische Probleme?
- Wie ist die Wohnsituation?
- Gibt es Spielsachen für das Kind, hat es ein eigenes Bett?
- Wie ist der Kontakt zu Angehörigen?
- Gibt es Nachbarn, Freunde, Bekannte, Großeltern, an die man sich auch im Notfall wenden kann?
- Wer hat die bisherigen Vorsorgeuntersuchungen gemacht?
- Haben die Eltern oder das Kind Kontakt zum Jugendamt oder zu Beratungsstellen?

Darüber hinaus sollte eine ausführliche Eigen- und Entwicklungsanamnese des Kindes erhoben werden:

- Ist das Kind altersentsprechend entwickelt (»Meilensteine der Entwicklung«)?
- War es in der Vergangenheit häufig krank (Krankenhausaufenthalte erfragen)?
- Leidet es an einer chronischen Erkrankung?
- Erhält es spezielle Förder- oder Therapiemaßnahmen?
- Ist es physisch, kognitiv und vom Entwicklungsstand fähig zu den Handlungen, die die Eltern beschreiben?
- Handelt es sich um ein »schwieriges Kind« (Temperament, Kommunikationsverhalten)?
- Gibt es Verhaltensauffälligkeiten oder Verhaltensänderungen, die auf die Folgen von Misshandlung oder Vernachlässigung hindeuten (► Kap. 13.6)?

Umfang der Anamnese

Der Umfang der Anamnese wird von den Umständen der Vorstellung des Kindes und den Vorerfahrungen des Untersuchers bestimmt. Wie die Untersuchung, sollte auch die Anamneseerhebung jegliche zusätzliche Traumatisierung des Kindes vermeiden. Je nach den Ergebnissen einer möglichen vorausgehenden Befragung ist es daher gerade bei Verdacht auf sexuellen Missbrauch nicht immer erforderlich oder ratsam, diese in allen Details zu wiederholen, da dies oft schwierig und peinlich für das Kind ist. Möglicherweise sind diese Informationen an anderer Stelle bekannt (Eltern, Beratungsstellen, Jugendamt, Polizei) und können bei Bedarf und mit Erlaubnis des Kindes, der Sorgeberechtigten, des Vormundes oder Verfahrenspflegers zusammengeführt werden, insbesondere später im Rahmen einer familiengerichtlichen Evaluation. Andererseits wird – wie schon in ► Kap. 8.1 ausgeführt – mittlerweile auch der ärztliche Beitrag aktiver interpretiert und eine Aussage zum Missbrauch kann unter Umständen erst durch das Vertrauensverhältnis zum Arzt ermöglicht werden (»I can tell you, because you are a doctor…« – Finkel 2008, 2011).

Ein forensisch verwertbares Interview sollte auf jeden Fall Kinder- und Jugendpsychiatern oder psychologisch geschulten Fachkräften überlassen werden, um nicht mit dem späteren Vorwurf suggestiver Befragung oder Beeinflussung die Glaubwürdigkeit der Aussage des Kindes zu erschüttern. In einigen Fällen jedoch tragen ergänzende Informationen über Art und Umfang des Missbrauchs/der Misshandlung dazu bei, unspezifische physische Symptome im Zusammenhang mit der Anamnese interpretieren und bewerten zu können.

Befragung des Kindes

Wenn möglich und dem Alter des Kindes angemessen, sollte auch eine übliche kinder- und jugendärztliche Anamnese mit dem Kind selbst erhoben werden. Eine freundliche, interessierte, offene und nicht bewertende Einstellung des Untersuchers und eine ruhige und akzeptierende Atmosphäre sind wesentliche Voraussetzungen für das Gelingen des Gesprächs. Es kann gefragt werden, was passiert ist und wie es zu den Verletzungen gekommen ist bzw. wer sie verursacht hat. Auch andere Formen von Kindesmisshandlung sind anzusprechen.

Die Äußerungen müssen unbedingt in den Worten des Kindes dokumentiert werden, ebenso sind die Gefühlsäußerungen und der Affekt dabei zu notieren.

An das Kind gerichtete Fragen sollten einfach, nicht führend und nicht suggestiv sein. Die gewissenhafte und wörtliche Dokumentation der Fragen und Antworten, keinesfalls Abstraktionen oder Interpretationen, ist für möglicherweise nachfolgende Gerichtsverfahren und die Glaubwürdigkeit des Kindes entscheidend.

In einzelnen Fällen kann es sein, dass Kinder sexuellen Missbrauch, emotionale oder körperliche Misshandlungen erst während der ärztlichen Untersuchung offenbaren. Von erheblicher Bedeutung ist es, dabei keine starken Emotionen wie Schock, Entsetzen, Unglauben o. Ä. zu zeigen und eine offene, bestärkende Haltung zu bewahren (»Erzähl' mir mehr darüber«, »Und was passierte dann?«). Die meisten Untersucher verzichten auf Befragungen von Kindern unter 3 Jahren.

In die Anamneseerhebung bzw. während oder nach der Untersuchung können auch gewisse therapeutische Botschaften eingeflochten werden, wie

- *»Es war gut von dir, zu erzählen, was passiert ist.«*
- *»Das ist schon anderen Kindern, die ich kenne, passiert, nicht nur dir.«*
- *»Kinder sind nicht dafür verantwortlich, sondern der Erwachsene.«*

22.3 Untersuchung des Kindes

Immer sollte das Kind gehört, beobachtet und sorgfältig körperlich untersucht werden. Dem Kind gegenüber sollte Unbefangenheit signalisiert werden (»*ich weiß, dass es solche Probleme gibt, und sie machen mir keine Angst*«) sowie ein Gefühl der Sicherheit vermittelt werden (»*ich werde nichts tun, was dir schadet und dir immer die Wahrheit sagen*«). Dabei sollte vermieden werden, dem Kind falsche Versprechungen zu machen, die in Kenntnis einer Misshandlung nicht eingehalten werden können (»*ich werde es nicht weitersagen*«).

Wichtig ist eine dem Patientenalter gerechte Untersuchungssituation. Alle Untersuchungsschritte werden erklärt. Bestätigen Sie dem Kind, dass es

grundsätzlich gesund ist. Das Verhalten des Kindes in der Untersuchungssituation sollte wahrgenommen und dokumentiert werden.

Überängstliches Verhalten oder stark agitiertes oder übermäßig abwehrendes Verhalten in der Untersuchungssituation lassen an die Möglichkeit von Stress und Anspannung beim Kind und eine belastende Lebenssituation denken. Aus übermäßiger Ängstlichkeit oder ungewöhnlich anmutender Kooperation, beispielsweise bei der genitalen Untersuchung, können jedoch keine spezifischen diagnostischen Schlussfolgerungen gezogen werden.

Alle erhobenen Befunde müssen zusammenfassend bewertet werden und umfassen den körperlichen und psychischen Befund des Kindes, Auffälligkeiten in seiner Entwicklung, die Eltern-Kind-Interaktion und die Familiensituation. Es wird festgestellt, ob ein Kind normal entwickelt ist, ob Auffälligkeiten bestehen und ob diese Auffälligkeiten behandlungsbedürftig sind. Jedes Kind mit der Verdachtsdiagnose »Misshandlung«, »Vernachlässigung« oder »Missbrauch« sollte in kurzen Abständen wieder einbestellt werden. In schweren Fällen ist die Einweisung in eine Klinik angezeigt.

Für eine notfallmäßige Untersuchung eines Kindes mit Verdacht auf Kindesmisshandlung oder Missbrauch können einige Grundregeln hilfreich sein:

- **In einer Krisensituation bei Verdacht auf Kindesmisshandlung oder schwere Vernachlässigung: Ruhe bewahren und Eskalation vermeiden.**
- **Ärztliches Handeln orientiert sich am Schutz des Kindes, nicht an der Suche nach dem Täter.**
- **Voreilige Schuldzuweisungen unterlassen.**
- **Dem betroffenen Kind Sicherheit vermitteln.**
- **Sekundäre Traumatisierung des Kindes durch Untersuchungen oder Trennung von Bezugspersonen vermeiden.**
- **Unprofessionelle, suggestive Befragung des Kindes in der Akutsituation vermeiden, aber die Spontanaussagen des Kindes dokumentieren,**
- **Kinderpsychologische oder kinder- und jugendpsychiatrische Untersuchung bei entsprechendem Bedarf zeitnah, aber in der Regel nicht in der Akutsituation veranlassen.**
- **Stationäre Aufnahme in einer Klinik oder Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin, wenn die Verletzungen einer stationären Behandlung bedürfen oder das Kind am Lebensort nicht ausreichend geschützt ist oder die Begleitperson dem Kind keine ausreichende Stabilität anbieten kann (dann in der Regel Mitaufnahme eines Elternteils).**

22.4 Eröffnung der Verdachtsdiagnose und erste Vorschläge zur Intervention

Wird der Verdacht auf Kindesmisshandlung, Vernachlässigung oder Missbrauch durch die Anamnese oder körperliche Untersuchung erhärtet oder bestätigt, sollte die Diagnose im Gespräch mit den Eltern oder ggf. Begleitpersonen eröffnet werden. Für eine erfolgreiche Prävention weiterer Gewalt ist es wichtig, dass alle Mitarbeiter in der Arztpraxis eine vertrauensvolle und vorurteilsfreie Situation gegenüber Eltern oder Begleitpersonen schaffen. Nur so können die behandelnden Ärzte ihre Vertrauensstellung im Sinne des Fallmanagements einsetzen.

Wenn immer möglich, sollte dieses Gespräch in Ruhe außerhalb der üblichen Sprechzeit und nicht konfrontativ geführt werden. Der behandelnde Arzt muss im Vorfeld eines solchen Gespräches bedacht haben, welche Reaktionen möglich sind und welche Konsequenzen das Gespräch für die Sicherheit des Kindes und für die weitere Betreuung hat. Möglicherweise muss das Vorgehen entsprechend modifiziert, müssen andere Helfer oder Zeugen dazu gebeten bzw. muss eine Klinikeinweisung veranlasst werden.

Folgende Regeln sollten bei der Planung eines Gesprächs zur Diagnosemitteilung berücksichtigt werden:

- **Machen Sie deutlich, dass Sie sich um die Gesundheit des Kindes sorgen.**
- **Vermeiden Sie wertende Haltungen gegenüber Eltern oder potenziellen Tätern.**

- **Informieren Sie sich vor dem Gespräch über erreichbare Hilfsangebote, Beratungsstellen, Kontakte in den Allgemeinen Sozialen Diensten oder der Jugendhilfe und Familiengericht und notieren Sie Namen und ggf. Telefonnummern von Ansprechpartnern.**
- **Halten Sie möglichst schriftliches Informationsmaterial (Flyer, Kopien aus lokalen und regionalen Beratungsstellenführern oder dem länderspezifischem Leitfaden der Technikerkrankenkasse zu Gewalt gegen Kinder, Ausdrucke von relevanten Internetseiten) für das Gespräch bereit.**
- **Bieten Sie keine Beratungen und Therapien an, die Sie selbst nicht leisten können.**
- **Führen Sie nach Möglichkeit eine gemeinsame Entscheidung zur Inanspruchnahme oder Information von Beratungsstellen und Allgemeinen Sozialen Diensten oder Jugendamt herbei.**

Den Eltern sollten die Untersuchungsergebnisse mitgeteilt werden. Beginnen Sie das Gespräch mit den Befunden, die Sie bei dem Kind erhoben haben. Die Symptomatik des Kindes bietet Ihnen eine Möglichkeit, mit den Eltern ins Gespräch zu kommen (»*Ihr Sohn macht schon seit längerer Zeit einen sehr ängstlichen Eindruck auf mich. Haben Sie eine Vorstellung, woran es liegen kann?*«). Die Eltern sollten die Gelegenheit erhalten, nach Austausch in der Familie oder im Rahmen von unterstützenden Gesprächen mit Mitarbeitern von kooperierenden Einrichtungen des Kinderschutzes ihre ggf. unzutreffenden Schilderungen der zu den Verletzungen oder psychischen Symptomen führenden Ereignisse zu überdenken.

Frühwarnzeichen

Wenn nur Frühwarnzeichen wahrgenommen wurden und keine manifeste Kindesmisshandlung festgestellt wurde, kann der Familie eine niedrigschwellige, engmaschige Begleitung angeboten werden. Bei Einsichtsfähigkeit der Bezugspersonen und ausreichender Motivation kann der Kontakt bei sehr jungen Kindern zu den Angeboten der Frühen Hilfen, bei Klein- und Schulkindern zu einer Beratungsstelle hergestellt werden, ohne dass das Jugendamt oder das Familiengericht eingeschaltet werden müssen. Bei Unsicherheit im weiteren Vorgehen sollte jedoch bereits hier eine (ggf. anonymisierte) Fachberatung erfolgen, um die Entscheidungsprozesse zu reflektieren. Diese Beratung durch eine »insoweit erfahrene Fachkraft«, die an Kinderschutzzentren, Kinderschutzambulanzen, Einrichtungen der Jugendhilfe oder Beratungsstellen tätig sind, steht allen Ärztinnen und Ärzten seit dem Inkrafttreten des Bundeskinderschutzgesetzes zu.

Um angemessene Maßnahmen bei drohender Kindeswohlgefährdung anzubieten, muss das Jugendamt immer dann eingeschaltet werden, wenn
- **Misshandlung oder Vernachlässigung nicht ausgeschlossen werden können oder**
- **der Entstehungsmechanismus einer Verletzung oder des auffälligen Verhaltens des Kindes nicht geklärt werden kann und**
- **die Eltern die Verantwortung ablehnen.**

Die Mitarbeiterinnen der Jugendhilfe oder des kinder- und jugendärztlichen Dienstes des Gesundheitsamtes erhalten u. a. durch Hausbesuche Informationen über das soziale Umfeld der Kinder. Die nach Bezirken organisierten Stellen besitzen im Rahmen ihrer Tätigkeiten möglicherweise bereits Fallkenntnis.

Die Befugnisnorm des Bundeskinderschutzgesetzes klärt, dass die Mitteilung einer Kindeswohlgefährdung durch Berufsgeheimnisträger (wie Ärztinnen und Ärzte) dann trotz der nach § 203 Strafgesetzbuch geregelten Schweigepflicht möglich ist:

> Werden Ärzten, Hebammen oder Entbindungspflegern, Berufspsychologen, Ehe-, Familien-, Erziehungs- oder Jugendberatern, Suchtberatern, Schwangerschaftskonfliktberatern, Sozialarbeitern, Sozialpädagogen sowie Lehrern in Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit gewichtige Anhaltspunkte für die Gefährdung des Wohls eines Kindes oder eines Jugendlichen bekannt, so sollen sie mit dem Kind oder Jugendlichen und den Personensorgeberechtigten die Situation erörtern und, soweit erforderlich, bei den Personensorgeberechtigten auf die Inanspruchnahme von Hilfen hinwirken, soweit hierdurch der wirksame Schutz des Kindes oder des Jugendlichen nicht in Frage gestellt wird. (§ 4 KKG)

Es wird deutlich, dass es sich weiterhin nicht um eine Meldepflicht handelt, sondern eine positive Beschreibung, unter welchen Umständen die Pflicht zur Verschwiegenheit ggf. endet. Eine detaillierte Darstellung des gestuften Vorgehens nach dem Bundeskinderschutzgesetz findet sich in ▶ Kap. 17.

Konkrete Anzeichen einer Misshandlung oder Vernachlässigung

Bei konkreten Anzeichen für eine Misshandlung oder eine Vernachlässigung muss der Arzt sorgfältig abwägen, welche Maßnahmen erforderlich sind, um die Sicherheit des Kindes zu garantieren. Die ärztliche Entscheidung sollte davon abhängig gemacht werden, wie die Gefahr weiterer Schädigungen dieses Kindes oder anderer Kinder einzuschätzen ist. Bei Anhaltspunkten für eine drohende Misshandlung oder Vernachlässigung oder hohem diesbezüglichem Gefährdungspotenzial wird eine Unterstützung und Begleitung durch andere professionelle Helfer angeregt oder vorgeschlagen. Die Grenzen der eigenen Profession müssen erkannt und reflektiert werden. (»*Ich helfe Ihnen gerne. Aber ich bin nicht sicher, dass ich das alleine kann.*«).

Wenn keine Gefahr im Verzug ist oder keine Notwendigkeit zur Spurensicherung besteht, kann eine Strafanzeige zunächst zurückgestellt werden. In diesem Fall ist der Allgemeine Soziale Dienst oder das Jugendamt unverzüglich zu informieren, die ggf. nach Kontaktaufnahme mit der Familie und fehlender Kooperationsbereitschaft das Familiengericht einschalten. Familiengerichte stehen auch für allgemeine juristische Auskünfte bereit. Eine Rückfrage beim zuständigen Familiengericht ist ebenfalls angezeigt, wenn die Vormundschaft geklärt werden soll und die Begleitperson des Kindes eine entsprechende Urkunde nicht vorweisen kann. Das Vorgehen hinsichtlich einer Strafanzeige kann im Nachgang in einer Helferkonferenz geklärt werden. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass alle Befunde gut und gerichtssicher dokumentiert wurden und keine notwendige Spurensicherung unterlassen wurde.

Notmaßnahmen und Einschaltung der Polizei

Notmaßnahmen bzw. sofortiges Handeln wegen unmittelbar drohender Gefahr für das Kind sind zum Zeitpunkt des Praxisbesuchs meist nicht notwendig. In folgenden Fällen sollte jedoch sofort die Polizei eingeschaltet werden:

- bei Gefahr durch lebensgefährliche Verletzungen, drohendem Verhungern oder Verdursten,
- Suizidalität bei einem Elternteil oder betroffenen Kindern oder Jugendlichen,
- Gefahr der unkontrollierbaren Gewaltbereitschaft,
- Eskalation von Familienkonflikten oder offensichtlicher Planung von Gewalttaten,
- Entführungen,
- Einbezug des Kindes in Suchtmittelabusus oder vorsätzliche Vergiftungen.
- Die Leitlinien des Bundesjustizministeriums zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch in einer Einrichtung sehen dies in der Regel bei sexuellen Straftaten gegen Kinder in diesem Kontext vor (Bundesjustizministerium 2014).

Ein weiterer Grund für eine Beteiligung der Polizei ist, wenn mögliche Spuren im häuslichen Bereich gesichert werden müssen: pornografische Aufzeichnungen, Fotos, Filme, elektronische Daten, Sicherstellen von Suchtmitteln, Wäschestücken, Waffen, Feststellung von Gefahrenquellen und Überprüfung der Angaben der Begleitpersonen, z. B. Wassertemperaturmessungen und Fotos der Situation vor Ort bei Verbrühungen und Verbrennungen.

Im Übrigen ist entsprechend der Gefahrenbewertung eine abgestufte Reaktion möglich: Im Vordergrund wird eine Kontaktaufnahme mit dem Kinder- und Jugendnotdienst der Jugendhilfe stehen und/oder eine Krankenhauseinweisung. Die entsprechenden Maßnahmen sind gegenüber den Eltern bzw. den Begleitpersonen des Kindes eindeutig zu begründen (»*Ich muss jetzt das Jugendamt anrufen, weil …*«).

Falls Ärzte die ärztliche Schweigepflicht unter Berufung auf § 34 StGB (rechtfertigender Notstand) brechen, ist dies bei einer Kindeswohlgefährdung, auch wenn sie nur vermutet wird, gerechtfertigt, weil das Recht des Kindes auf Schutz und körperliche Unversehrtheit das höhere Rechtsgut ist (▶ Kap. 17.3 und 21.3).

Die Einschätzung einer unmittelbaren Gefahrensituation für das Kind muss von behandelnden Ärzten grundsätzlich in eigener Verantwortung vorgenommen werden. Erforderliche Maßnahmen können sein:
- **Zeitnah die Jugendhilfe informieren und eine Kindeswohlgefährdung melden (der Verdacht ist ausreichend).**
- **Den Grund für die Meldung in der Akte dokumentieren und Sorgeberechtigte über die Meldung informieren (Sorge um das Kind; definitive Einschätzung erst nach Abschluss der somatischen und psychosozialen Diagnostik).**
- **Die Polizei sofort einschalten, wenn mögliche Spuren im häuslichen Bereich gesichert werden müssen.**
- **Die Polizei auch sofort einschalten bei Verdacht auf eine Sexualstraftat (nicht gleichbedeutend mit jeglichem V. a. sexuellen Missbrauch!) sowie wenn der Verdacht einer Gefährdung weiterer Kinder oder Hinweise für akute Suizidalität der Sorgeberechtigten bestehen.**

22.5 Intervention im stationären Bereich einer Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Verschiedene Anlässe können zu einer stationären Aufnahme des Kindes führen:
- die Schwere der Verletzungen, die angemessene medizinische Versorgung und Behandlung erfordert,
- Verdacht auf Kindesmisshandlung und Vernachlässigung mit unklaren Befunden oder Konstellationen, die eine gezielte diagnostische und differenzialdiagnostische Abklärung mittels ambulant nicht verfügbarer Verfahren erfordern,
- je nach regionalen Gegebenheiten Verfügbarkeit forensischer Spezialkompetenz in der Klinik (Kinderschutzgruppe, forensisch orientierte bzw. mit Misshandlung erfahrene Pädiater, Kinderchirurgen, Kindergynäkologen, Rechtsmediziner, Radiologen, Ophthalmologen u. a.),
- die akute Sicherung des Kinderschutzes bei passagerer Nichtverfügbarkeit anderer Möglichkeiten (Wochenende, nachts) oder bei Befürchtung einer weiteren Eskalation von Gewalt im häuslichen Umfeld.

Eine stationäre Aufnahme kann auch zur Entspannung der dramatischen Situation, die zur Misshandlung führte, beitragen und ermöglicht es den Eltern, wieder »zu sich« zu kommen. Unter Umständen sind sie so für die notwendigen folgenden Gespräche überhaupt erst »erreichbar« – eine wesentliche Voraussetzung für die gründliche Erhebung der Anamnese und die Planung des weiteren Vorgehens. Auch im Hinblick auf die Diagnosesicherung kann ein stationärer Aufenthalt hilfreich sein.

Das Ausbleiben von weiteren Verletzungen oder die problemlose Gewichtszunahme bei einer Gedeihstörung unter stationären Bedingungen können zusätzliche Belege für eine vorausgegangene Misshandlung oder Vernachlässigung sein. Zudem ist für eine gründliche Erhebung des körperlichen, emotionalen, psychosexuellen und kognitiven Entwicklungsstandes, die Verhaltensbeobachtung, die ausführliche klinische und apparative Diagnostik und die etwaige akute Behandlung oft deutlich mehr Zeit und Aufwand erforderlich, als im ambulanten kinderärztlichen Bereich geleistet werden kann.

Aufnahmesituation

Auch misshandelnde Eltern sind oft Eltern, die sich (anscheinend paradoxerweise) um das Wohlergehen ihres Kindes Sorgen machen. Da insbesondere körperliche Misshandlung häufig in Überforderungssituationen entsteht, können diese Eltern erhebliche Schuldgefühle bezüglich ihres eigenen Verhaltens haben, und die stationäre Aufnahme wird als Entlastung empfunden. Dies gelingt insbesondere dann, wenn eine Konfrontation und Abwertung vermieden wird.

Es ist sinnvoll, den Misshandlungsverdacht initial zunächst nicht auszusprechen. Es sollte festgestellt werden, dass der Untersuchungsbefund und die geschilderte Vorgeschichte nicht zusammenpassen und das Kind gründlicher untersucht werden muss. Dabei sollte immer an die gemeinsame Sorge um das Wohl des Kindes appelliert werden.

Bei fehlender Einsicht der Eltern muss die Dringlichkeit der Indikation der stationären Aufnahme insbesondere bezüglich des Kinderschutzes und der Diagnosesicherung abgewogen werden. In minder schweren Fällen oder bei schon bestehender Betreuung durch das Jugendamt kann eine ambulante Weiterbetreuung möglich sein. Anderenfalls ist im Gespräch die medizinische Notwendigkeit der Aufnahme deutlich zu machen. Den Eltern wird vermittelt, dass wegen der unklaren Ursache der Verletzungen oder Symptome eine große Unsicherheit bezüglich des weiteren Verlaufs und der Prognose besteht.

Sollten die Eltern dennoch der stationären Behandlung nicht zustimmen können, muss über das Familiengericht ein akuter Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts beantragt werden. Dies erfolgt über das lokale Jugendamt oder den zuständigen Familienrichter, an Wochenenden und nachts erfolgt der Kontakt dorthin meist über die Polizei.

▪ Umgang im stationären Bereich – Kinderschutzgruppe

Die Möglichkeit einer Misshandlung oder Vernachlässigung führt oft im Behandlungsteam zu erheblichen emotionalen Reaktionen, auch weil häufig unter hohem Zeit- und Rechtfertigungsdruck gehandelt wird. Daher ist es für alle beteiligten Berufsgruppen wichtig, sich über ihre jeweiligen professionellen Aufgaben und Kompetenzen klar zu werden. Optimalerweise erfolgt dies in einer koordinierten und strukturierten Weise in Form einer **Kinderschutzgruppe**. Dabei wirken je nach lokalen Gegebenheiten verschiedene ärztliche Fachgruppen, die Pflege, der Sozialdienst und der psychologische Dienst mit. Verantwortlich und leitend sollte ein erfahrener pädiatrischer, sozialpädiatrischer, neuropädiatrischer oder kinderchirurgischer Fach- oder Oberarzt sein, oder falls verfügbar ein erfahrener Kinder- und Jugendpsychiater. Ärzte mit spezieller Expertise und Erfahrung in »Kinderschutzmedizin« bzw. im Umgang mit Kindeswohlgefährdungen sollten an jeder Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie verfügbar sein. Die Arbeit einer Kinderschutzgruppe orientiert sich in der Regel am Konzept der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) und DAKJ zur Kinderschutzarbeit in Kliniken (»Kinderschutzgruppen-Leitfaden«; DGKiM/DAKJ 2016).

Neben der Verteilung von Aufgaben, der Einbeziehung unterschiedlicher beruflicher Perspektiven und Entlastung des einzelnen Mitglieds kann eine gut konzipierte Kinderschutzgruppe zu einer erheblichen qualitativen Verbesserung der Abklärung und Betreuung von Verdachtsfällen führen. Sie hat das Potenzial, sich künftig zu einem Qualitätsstandard der klinisch-stationären Kinderschutzarbeit zu entwickeln.

▪ Aufgabenverteilung in der Kinderschutzgruppe

Neben der somatisch-diagnostischen Abklärung durch verschiedene ärztliche Fachgruppen unter (meist) pädiatrischem »Fallmanagement« ergeben sich weitere berufsspezifische Aufgaben. Dem psychologischen Dienst fällt die fachliche Beurteilung des emotionalen, psychischen oder psychopathologischen Befundes und etwaiger Entwicklungsstörungen des Kindes zu, letzteres auch durch den Sozial- oder Neuropädiater. Der Sozialdienst hat die Aufgabe, die Sozial- und Familienanamnese zu erheben, den Kontakt zum Jugendamt oder anderen weiterbetreuenden Institutionen herzustellen und die Gespräche mit den Eltern zu begleiten. Ärztliche und nichtärztliche Mitarbeiter der Neuropädiatrie ermöglichen Verhaltensbeobachtungen und eine Einschätzung des Entwicklungsstandes.

Insbesondere der Pflege kommt eine wichtige Funktion zu. Da Schwestern und Pfleger deutlich mehr Zeit mit den Kindern verbringen als im Rahmen der limitierten ärztlichen Kontakte möglich ist, entsteht häufig mehr emotionale Nähe zum Kind. Dadurch besteht die Möglichkeit, zusätzliche somatische und emotionale Auffälligkeiten wahrzunehmen und etwaige Äußerungen des Kindes bei der Pflege zu registrieren. Dazu kommt die Beobachtung des Verhaltens und der Interaktion des Kindes auf der Station, die Wahrnehmung der Eltern hinsichtlich ihrer Kompetenzen und ihrer Interaktion mit ihrem Kind und dem Pflegeteam. Die Beobachtungen sollten grundsätzlich in einem separaten Ordner dokumentiert werden, der erst nach Ende des stationären Aufenthaltes Bestandteil der Krankenakte wird (Dettmeyer 2015, vgl. auch ▶ Kap. 17).

Die Prinzipien des Umgangs mit einem Misshandlungsverdacht in der Klinik sind in ◘ Tab. 22.2 zusammengefasst und in den gemeinsamen Emp-

Tab. 22.2 Intervention durch stationäre Aufnahme

Zielsetzung	Akute Sicherung des Kinderschutzes, Deeskalation, Möglichkeit zu gründlicher Anamnese, Untersuchung, Diagnostik, stationärer Beobachtung, professioneller Gesprächsführung und Intervention
Arbeitsweise	Auch innerklinisch multiprofessionell, idealerweise durch Kinderschutzgruppe, Verteilung von Aufgaben, Koordination/Leitung durch erfahrenen Fach- oder Oberarzt
Anamnese/ Informationen	Verletzungsspezifisch, Eigen-, Familien-, Sozialanamnese; Einholen zusätzlicher Information von niedergelassenem Kinderarzt, anderen Kliniken, Jugendamt
Diagnostik	Klinisch, apparativ, Labor – Differenzialdiagnosen beachten (▶ Kap. 2.4, 3.5, 4.2.3 und 11); Befundsicherung, Dokumentation einschließlich Bilddokumentation nach forensischen Kriterien
Intervention	Zeit und Ruhe schaffen, keine Entscheidungen im Affekt, aggressive Konfrontation vermeiden, Fall-/Helferkonferenz organisieren, im Erstgespräch unmissverständlich Diagnose mitteilen, immer Jugendamt beteiligen (vorher ankündigen); gemeinsame Abschätzung der Risiken, Ressourcen, Compliance und Verantwortungsübernahme durch Eltern
Entlassung	Weiterbetreuung und Schutz des Kindes vor Entlassung festlegen, Klärung (familien-)rechtlicher Bedingungen, Sorgerecht

fehlungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin und der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (Erstauflage 2010) beschrieben. Die jeweils aktuelle Version findet sich unter www.dakj.de/pages/aktivitaeten/stellungnahmen-und-empfehlungen/kinderschutz.php.

22.6 Rechtsmedizinische Untersuchungen

Die Dokumentation und Interpretation von körperlichen Befunden werden durch eine Zusammenarbeit mit einem Arzt für Rechtsmedizin erheblich erleichtert. Dies gilt insbesondere bei der Beurteilung von Hämatomen und anderen Verletzungen der Haut und der Schleimhäute einschließlich der Körperöffnungen sowie Verbrühungen und Verbrennungen. Rechtsmedizinische Expertise trägt dazu bei, von Art und Umfang der Verletzung auf einen möglichen Verletzungshergang zu schließen. Auch bei Schädel-Hirn-Traumata, inneren Verletzungen und Knochenbrüchen kann eine rechtsmedizinische Mitbeurteilung zur Interpretation und Klärung beitragen.

❯ Daher ist zumindest bei allen stationär behandelten Kindern mit Misshandlungsverdacht ein rechtsmedizinisches Konsil einzuholen, sofern verfügbar. Dies bietet auch den Vorteil, dass relevante Befunde in einer Weise dokumentiert werden, die bei späteren familiengerichtlichen oder strafrechtlichen Verfahren Akzeptanz findet bzw. den dortigen Beweisanforderungen genügt. Aufgrund nicht flächendeckend verfügbarer rechtsmedizinischer Expertise sollten Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen jedoch ebenfalls fachlich in der Lage sein, die Dokumentation so zu gestalten, dass sie forensischen Ansprüchen genügt.

In aller Regel handelt es sich um eine konsiliarische Mitbeurteilung. Das weitere Management und Entscheidungen über weitere Schritte sollten bei dem Behandlungsteam in der Klinik oder der Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin oder Kinderchirurgie liegen und nicht an den Rechtsmediziner delegiert werden. Die konsiliarische Dokumentation verbleibt im Institut für Rechtsmedizin und kann hier ggf. von der Staatsanwaltschaft angefordert werden.

Prinzipiell können rechtsmedizinische Untersuchungen und Mitbeurteilungen auch ambulant erfolgen, wenn eine Gewaltopferambulanz an dem entsprechenden Institut eingerichtet wurde. Eine vorherige Kontaktaufnahme über Art und Umfang der Untersuchung sollte jedoch von dem behan-

delnden Kinder- und Jugendarzt oder der Notfallambulanz erfolgen. Die Hinweise zur kindgerechten Anamnese und zum Untersuchungsgang sind hier ebenso zu beachten und sicherzustellen.

Die Teilnahme des Rechtsmediziners an einer Fallkonferenz hat sich als hilfreich erwiesen, da eine besondere Erfahrung besteht, die Befunde in einer Weise darzustellen, die auch nichtärztlichen Mitarbeitern, z. B. aus der Jugendhilfe, verständlich ist (Helferkonferenz; ► Kap. 22.7.1).

22.7 Kooperation

Kooperative Strukturen und Vernetzungen sind für eine gelingende Patientenversorgung unabdingbar. Dies stellt hohe persönliche und organisatorische Ansprüche an alle Beteiligten und setzt eine Qualifizierung nicht nur im medizinischen Management, sondern auch in Gesprächsführung und interdisziplinärer Kooperation voraus. Dafür müssen Kinderkrankenhäuser entsprechende organisatorische Voraussetzungen schaffen und Fort- und Weiterbildung unterstützen.

Nach einer Kontaktaufnahme mit Einrichtungen der Jugendhilfe, Kinderschutzzentren, Beratungsstellen oder dem Familiengericht sollte möglichst bald eine erste gemeinsame Helferkonferenz zusammenkommen. Mit Kenntnis der Eltern treffen sich alle professionellen Helfer, die möglicherweise bereits früher, zum jetzigen Zeitpunkt oder mit hoher Wahrscheinlichkeit in der Zukunft mit der Familie zusammen gearbeitet haben oder arbeiten werden. Die Organisation eines solchen Gesprächs ist aufwendig und sollte in der Regel durch die Mitarbeiter der Jugendhilfe oder im Fall stationärer Behandlung durch Sozialdienste in den Krankenhäusern organisiert werden, dies möglichst so, dass behandelnde Ärzte daran teilnehmen können.

Informationen an das Jugendamt, Gesundheitsamt oder Beratungseinrichtungen freier Träger sollten grundsätzlich mit dem Einverständnis der Eltern gegeben werden, die um eine schriftliche Schweigepflichtsentbindung gebeten werden. Wenn das Wohl des Kindes erheblich gefährdet ist und die Gefahr nicht anders abgewendet werden kann, kann eine Informationsweitergabe auch ohne Einwilligung der Eltern mit gleichzeitiger Information des Familiengerichts erfolgen.

■ Helferkonferenz

Eine Helferkonferenz bzw. Fallkonferenz dient dazu, Maßnahmen zum Kinderschutz durch die Jugendhilfe und ggf. das Familiengericht festzulegen. Sie bildet die Schnittstelle zwischen den Systemen der Gesundheitsversorgung und der Jugendhilfe und nutzt ein multidisziplinäres Setting, um zu den bestmöglichen Einschätzungen und einer Planung zum Wohle des Kindes zu kommen. Bei einem gut vorbereiteten Treffen mit strukturierter Moderation sind in der Regel 30 bis 60 Minuten ausreichend, um eine erste Klärung und Absprachen herbeizuführen. Es ist wünschenswert, wenn eine Person, die nicht mit der unmittelbaren Fallarbeit beschäftigt ist, die Begrüßung, Vorstellungsrunde und Moderation übernimmt. Dies kann im Fall eines stationären Aufenthaltes ein Mitglied der Kinderschutzgruppe sein oder der Stationsoberarzt/-ärztin. Im Fall einer ambulanten Behandlung wird eine geeignete Person bestimmt, z. B. die insofern erfahrene Fachkraft der Jugendhilfe. Es erfolgt zunächst die Darstellung der medizinisch erhobenen Befunde und die daraus gestellten Diagnosen, Differentialdiagnosen und Prognose für die weitere Gesundheit des Kindes durch einen Arzt/Ärztin. Es hat sich als außerordentlich hilfreich erwiesen, eine gemeinsame, auch medizinischen Laien verständliche Darstellung der Verletzungen zu präsentieren und den Schweregrad der Beeinträchtigungen und die Prognose deutlich zu machen. Dies ist die Grundlage für verbindliche Absprachen, deshalb sollten hier auch Fragen geklärt werden, die sich auf das Verständnis der Befunde beziehen.

Diese Informationen werden durch einen Bericht der zuständigen Pflegekraft/Arzthelferin ergänzt, die Angaben machen können über den Umgang der Eltern mit dem Kind, deren Interesse am Wohlergehen des Kindes, Belastungen und Absprachefähigkeit der Eltern und Verhalten des Kindes.

Dann berichtet der Sozialdienst des Krankenhauses, ggf. auch der/die Mitarbeiter/in des Jugendamtes über die soziale Situation der Familie und Aspekte, die für die Planung bedeutsam sind (bei-

spielsweise psychische Erkrankungen, Substanzabusus etc. der Eltern).

Weitere Aspekte werden vom niedergelassenen Kinderarzt/-ärztin, Erzieherinnen aus Kindertageseinrichtungen, Frühförderung, Familienhebamme, Mitarbeiter der Jugendhilfe und anderen professionellen Helfer/innen eingebracht, soweit sie eingeladen waren und teilnehmen konnten.

Nach einer gemeinsamen Fallreflexion erfolgt eine abschließende Runde mit einer ersten Einschätzung und Festlegung des weiteren Vorgehens. Dabei sollten die nächsten Aufgaben genau festgelegt werden hinsichtlich der Zuständigkeit und des Zeitplanes. Inhalt, Umfang und Anlass der zukünftigen Weitergabe von fallbezogenen Informationen zwischen den Teilnehmern sollten vereinbart werden. Die Informationsvereinbarung kann z. B. die Mitteilung an das Jugendamt über einen Abbruch des Kontaktes zwischen der Arztpraxis oder dem Krankenhaus und der Familie umfassen. Über diese abschließende Runde wird ein Kurzprotokoll angefertigt. Ein Formular für ein solches Fallkonferenz-Protokoll findet sich in den Empfehlungen der DGKiM/DAKJ für Kinderschutzgruppen.

Die Eltern sollten zeitnah über die Ergebnisse der Helferkonferenz informiert werden, in der Regel bietet sich an, dass sie zur Helferkonferenz dazu kommen, alle Beteiligten sich vorstellen und die Ergebnisse der Helferkonferenz zusammengefasst werden. Anschließend folgt der Austausch gemeinsam mit den Eltern und ggf. Modifizierung des Plans zum weiteren Vorgehen, weil sich beispielsweis noch andere Informationen eingefunden haben. Alle wichtigen Informationen, eine Liste der Teilnehmer und verabredete Maßnahmen einschließlich der Zuständigkeiten und des Zeitplans werden in einem Protokoll schriftlich fixiert, das allen professionellen Teilnehmern zeitnah übersandt wird. Das Protokoll wird als gesondertes Dokument erstellt und gilt nicht als Bestandteil der Krankenakte. Es ist vertraulich zu behandeln und nicht an die Krankenkasse oder den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weiterzugeben. Eine Weitergabe an das Familiengericht erfolgt entweder mit Zustimmung der Sorgeberechtigten oder bei Anhalt für eine Kindeswohlgefährdung auch ohne diese Zustimmung. Eine Weiterleitung an Polizei oder Staatsanwaltschaft erfolgt nur auf gerichtliche Anordnung bzw. im Fall der Beschlagnahme.

■ Strafanzeige

Gründe für eine Strafanzeige und deren Folgen sollten im Rahmen der Helferkonferenz ebenfalls diskutiert werden. Falls bereits eine Strafanzeige erfolgt ist, ergeben sich daraus zwangsläufig polizeiliche Ermittlungen. Diese können nur durch die Staatsanwaltschaft wieder eingestellt werden. Ein Einschalten der Polizei und damit Erstattung einer Strafanzeige bei Erstkontakt ist in der Regel nur erforderlich, falls Spuren im häuslichen Umfeld gesichert werden müssen oder andere Personen, z. B. Geschwister des Kindes, in Gefahr sind. Im Übrigen kann eine Strafanzeige zu jedem anderen späteren Zeitpunkt durch alle Beteiligten oder Familienangehörige selbst erfolgen (▶ Kap. 22.4).

Das polizeiliche Ermittlungsverfahren kann einen angebahnten beraterischen oder therapeutischen Prozess unterbrechen oder unmöglich machen oder aber auch voranbringen. Diese Konsequenzen sollten bei der Entscheidung mit bedacht werden, insbesondere, wenn die Diagnose unsicher ist.

Ein Strafverfahren ist Voraussetzung für Leistungen nach dem Opferentschädigungsgesetz. Dies ist insbesondere bei Kindern zu bedenken, die durch die Misshandlung oder Vernachlässigung voraussichtlich bleibende körperliche, geistige oder seelische Schäden davontragen werden und auf dauerhafte Unterstützung angewiesen sein werden (▶ Kap. 20.3). Von einer strafrechtlichen Ermittlung kann wegen des Zeitaufwandes in aller Regel keine Hilfe für den akuten Entscheidungsprozess hinsichtlich des Kindeswohls (z. B. Zeitpunkt der Entlassung, Fremdunterbringung) erwartet werden.

■ Gemeinsames Fallmanagement

Ein gemeinsames Fallmanagement beruht in hohem Maße auf einem verantwortungsvollen Austausch von Informationen zwischen der behandelnden Arztpraxis bzw. dem Krankenhaus, den Allgemeinen Sozialen Diensten, der Jugendhilfe, Psychologen, Kinder- und Jugendpsychiatern, Gesundheitsämtern und Beratungseinrichtungen. Die entsprechenden Informationsbeziehungen sind umso belastbarer, je schneller gegenseitige Rückmeldungen

über Ergebnisse der weiteren Behandlung des Falls durch die jeweilige Einrichtung erfolgen.

Es ist sicherzustellen, dass ein langfristiges Monitoring hinsichtlich der Annahme von Angeboten, der Entwicklung des Kindes und der Familie insgesamt, insbesondere der Entwicklung von Risiken und Ressourcen, erfolgt. Beziehungsabbrüche, Umzüge, Wechsel von Zuständigkeiten dürfen nicht dazu führen, dass das Hilfesystem versagt. Interdisziplinäre Kooperation muss langfristig etabliert und eingeübt werden. Probleme innerhalb des Hilfesystems ergeben sich durch unterschiedliche Blickwinkel, Aufgaben, Helfer-Patienten-(Klienten-) Perspektiven, Zielgruppen und Erfahrungen mit Hilfeprozessen, der berufsrechtlichen Bedeutung von Entscheidungen für jede Profession und ethische Grundhaltungen. Ohne Verständnis für diese unterschiedlichen Perspektiven und bei mangelndem Respekt für die Zuständigkeiten der jeweils anderen Berufsgruppe kommt es rasch zu Schuldzuweisungen und Spaltungen im Hilfesystem, die eine effiziente Hilfe unmöglich macht.

22.8 Psychosoziale Diagnostik und Intervention

Wenn es bereits zu einer Vernachlässigung oder Misshandlung eines Kindes gekommen ist, muss häufig die Frage geklärt werden, ob die Sicherheit des Kindes und positive Entwicklungschancen in der eigenen Familie gewährleistet sind. Der englische Kinderarzt Arnon Bentovim hat dazu Kriterien entwickelt, die diese **Einschätzung** erleichtern können (Bentovim et al. 1987). Es geht dabei um

- das Ausmaß der Verantwortung, die die Eltern für den Zustand des Kindes übernehmen, sowie die Einsicht der Eltern, dass eine Veränderung notwendig ist – im Gegensatz zu mangelnder Verantwortung,
- das Ausmaß der Wärme, Empathie und Fähigkeit, die Bedürfnisse des Kindes auch unter Belastung voranzustellen – im Gegensatz zu Abwehr und Schuldzuweisungen an das Kind,
- Einsicht und Annahme von Hilfe in Bezug auf elterliche und erzieherische Probleme – im Gegensatz zu Verleugnung und Bagatellisierung der Probleme,
- Flexibilität in Beziehungen und das Potenzial, Lebensmuster zu ändern – im Gegensatz zu Verleugnung und erstarrter Haltung,
- kooperative Einstellung professionellen Helfern gegenüber – im Gegensatz zu übermäßiger Verbitterung,
- die Verfügbarkeit von Ressourcen im Umfeld der Familie – im Gegensatz zu einer psychosozial und strukturell verarmten Lebensumwelt.

Jedes Kriterium wird auf einem Kontinuum zwischen positiv einzuschätzenden Fähigkeiten und dem völligen Fehlen dieser Fähigkeiten eingeschätzt. Eine sicher positive Prognose kann erwartet werden, wenn alle sechs Kriterien zumindest mit »gut« oder »ausreichend« bewertet werden. Ablehnendes Verhalten, unrealistische Einschätzungen, mangelnde Empathie oder Kommunikationsangebote sowie Aggressivität dem Kind gegenüber sollten aufmerksam machen und dazu führen, Kinder vor drohender Misshandlung zu schützen (▶ Kap. 21.2).

Den Eltern muss mit allem Respekt begegnet werden, aber es sollte entsprechend klar formuliert werden, wo ihre Elternverantwortung liegt und wo Diskrepanzen zum Kindeswohl gesehen werden. So wichtig ein empathischer Umgang mit Eltern ist, so bedeutsam ist das frühzeitige, klare Erkennen und auch Aussprechen von Defiziten in der Elternschaft, um Kinder zu schützen.

Insbesondere im stationären Bereich wird häufig besondere **kinder- und jugendpsychiatrische oder -psychotherapeutische Expertise** nötig sein, um die oben genannten Kriterien zu prüfen und daraus rationale Empfehlungen und Entscheidungen abzuleiten. In manchen Fällen ist eine akute Mitbetreuung erforderlich, z. B. bei schwerer Traumatisierung und entsprechenden Belastungsreaktionen entweder bei dem betroffenen Kind oder einer Bezugsperson. Auch für die Erhebung des psychischen Befundes des Kindes sollten konsiliarisch entsprechende Kollegen hinzugezogen werden. Dies gilt insbesondere bei allen Formen von emotionaler Misshandlung und Vernachlässigung.

Da Kinder nach emotionaler Misshandlung oder Vernachlässigung seltener stationär in Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin behandelt werden, bietet sich hier bereits im ambulanten Bereich

eine Kooperation zwischen dem niedergelassenen Kinder- und Jugendarzt und einem Kinder- und Jugendpsychiater an, ggf. durch Einweisung in eine entsprechende Klinik. Auch hier sind gute Absprachen, eine vertrauensvolle Zusammenarbeit und verbindliche Kooperationsstrukturen hilfreich.

Psychiatrische Unterstützung Diese ist gelegentlich gefragt, wenn Eltern von misshandelten Kindern, die stationär behandelt werden, in eine akute seelische Krise geraten und Unterstützung brauchen. In manchen Fällen ist eine Mitbetreuung bei bekannter psychischer Erkrankung eines Elternteils erforderlich, oder es wird eine konsiliarische Mitbeurteilung erbeten, ob eine solche Erkrankung vorliegt. Allerdings rechtfertigt die Tatsache, dass eine Bezugsperson ein Kind misshandelt hat, in der Regel nicht allein die Diagnose einer psychischen Störung (▶ Kap. 13.4.3).

Literatur (Kapitel 21–24)

Bentovim A, Elton A, Tranter M (1987) Prognosis for rehabilitation after abuse. Adoption and Fostering 34: 821–826

Bundesministerum für Gesundheit (2007) Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Kindesmisshandlung/Kindes-vernachlässigung/Kindesmissbrauch. Bundesanzeiger 234: 8268

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium der Justiz (2003) Gewaltfreie Erziehung – Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung. Quelle: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gewaltfreie-erziehung-bussmann-deutsch,property=pdf.pdf

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2014) Broschüre Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch in einer Einrichtung – Was ist zu tun? Fragen und Antworten zu den Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden. https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMJ/Verdacht_Kindesmissbrauch_Einrichtung_6689304.html

Deegener G, Körmer W (2011) Risiko und Schutzfaktoren – Grundlagen und Gegenstand psychologicher, medizinischer und sozialpädagogischer Diagnostik im Kinderschutz. In: Körner W, Deegener G. Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 201–250

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM), Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) (Hrsg.) (2016) Empfehlungen zu Kinderschutz an Kliniken. Bonn, Kassel, Berlin; laufend aktualisiert, Erstausgabe 2010; aktuelle Version 1.6; Abruf unter www.ag-kim.de/index.php?id=163 und www.dakj.de/pages/aktivitaeten/stellungnahmen-und-empfehlungen/kinderschutz.php

Ellsäßer G, Cartheuser C (2006) Befragung zur Wahrnehmung von Gewalt gegen Kinder und zur Nutzung des Leitfadens »Gewalt gegen Kinder und Jugendliche« durch Brandenburger Kinderärzte. Das Gesundheitswesen 68: 265–270

Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (Hrsg.) (2015a) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer Verlag Heidelberg

Fegert JM, Wolff M (Hrsg.) (2015b) Kompendium »Sexueller Missbrauch in Institutionen«. Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Beltz Juventa, Weinheim, Basel

Herbert Grundhewer, von Bismarck S, Häßler F, Herrmann B, Thyen U (2013) Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) (Hrsg.) Praxisleitfaden Kindesmisshandlung. Vorgehen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. www.dakj.de/media/stellungnahmen/dakj/2013-dakj-kindesmisshandlung-praxisleitfaden.pdf

Habetha S, Bleich S, Sievers C, Marschall U, Weidenhammer J, Fegert JM (2012) Deutsche Traumafolgekostenstudie. Kiel, Schmidt & Klaunig, Schriftenreihe / IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH Kiel, Bd. III

Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, Bates G, Mikton C, Shakespeare T, Officer A (2012) Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet 380: 899–907

Kinderschutz-Zentrum Berlin (2009) Kindesmisshandlung. Erkennen und Helfen. 11. überarbeitete Aufl., Berlin: Kinderschutz-Zentrum

Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (Hrsg.) (2006) Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München: Deutsches Jugendinstitut

Kindler H (2015) Prävention von sexuellem Missbrauch – Möglichkeiten und Grenzen. In: Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (Hrsg.) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer Verlag Heidelberg, S. 351–362

Lohaus A, Trautner HM (2015) Präventionsprogramme und ihre Wirksamkeit zur Verhinderung sexuellen Missbrauchs. In: Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (Hrsg.) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S 709–724

Landzettel HJ (1990) Zum Thema Kindesmisshandlung – Erste Ergebnisse einer Fragebogenaktion der hessischen Kinderärzte. Der Kinderarzt 21: 1301–1305

Martens-Le Bouar H, Renner I, Belzer F, Barth M, Krippeit L, Ufer J, Friedmann A, Ziegler M, von Kries R, Paul M, Mall V; gemeinsam mit der Expertengruppe Frühe Hilfen (2013) Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr. Kinderärztl Prax 84: 94–100

Metzner F, Pawils S (2011) Zum Einsatz von Risikoinventaren bei Kindeswohlgefährdung. In: Körner W, Deegener G. Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 251–277

Mörsberger T, Restemeier J (Hrsg.) (1997) Helfen mit Risiko. Zur Pflichtenstellung des Jugendamtes bei Kindesvernachlässigung. Neuwied, Kriftel, Berlin

Neutze J, Grundmann D, Scherner G, Beier KM (2012) Undetected and detected child sexual abuse and child pornography offenders. Int J Law Psychiatry 35: 168–175

Reich W (2005) Der Stuttgarter Kinderschutzbogen. Ein Diagnoseinstrument bei Kindeswohlgefährdung. Kinderärztliche Praxis 76: 370–377

Salgo L (2007) § 8a SGB VIII – Anmerkungen und Überlegungen zur Vorgeschichte und die Konsequenzen der Gesetzesänderung. In: Ziegenhain U, Fegert JM (Hrsg.) Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. Reinhardt, München, S 9–29

Schick A,, Cierpka M (2003) Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. Kindheit und Entwicklung 12 (2): 100–110

Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006) Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Dtsch Ärztebl 103: B1872–1878

Thyen U, Meysen T, Dörries A (2010) Kinderschutz im Spannungsfeld ärztlichen Handelns. In: Suess GJ, Hammer W (Hrsg.) Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten. Klett-Cotta, Stuttgart, S 126–149

Thyen U, Kirchhofer F, Wattam C (2000) Gewalterfahrung in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. Das Gesundheitswesen 62: 311–319

Thyen U (2014) Sekundäre Prävention im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Die Früherkennungsuntersuchungen U1–J2. Monatsschr Kinderheilkd 162: 518–526, DOI 10.1007/s00112-013-3068-3

Übereinkommen über die Rechte des Kindes. UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut (Texte in Amtlicher Übersetzung) vom 20. November 1989, am 26.01.1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet. Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 – BGB1. II S. 121

Uslucan HH (2010) Kinderschutz im Spannungsfeld unterschiedlicher kultureller Kontexte. In: Suess GJ, Hammer W (Hrsg.) Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten. Klett-Cotta, Stuttgart, S 150-165

von Bismarck S und AG KiM (2014) Leitfaden zum Aufbau eines Präventionskonzeptes gegen sexuellen Missbrauch in Kinderkliniken. Berlin, Bonn. Download unter: http://ag-kim.de/index.php?id=163

Walper S, Kindler H (2015) Partnergewalt. In: Melzer W, Hermann D, Sandfuchs D, Schäfer M, Schubarth W, Daschner P (Hrsg.) Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn

Wetzels P (1997) Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, Band 8. Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Zenz G (1981) Kindesmisshandlung und Kindesrechte. Erfahrungswissen, Normstruktur, Entscheidungsrationalität. 1. Auflage, Suhrkamp, Frankfurt a. M.

Spezielle Einrichtungen des Kinderschutzes

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_23, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

23.1 Das Nationale Zentrum Frühe Hilfen

Die gesellschaftliche Verantwortung zur Umsetzung von Art. 24 der UN-Kinderrechtskonvention liegt darin, universelle, nachweislich wirksame Vorsorgemaßnahmen zu entwickeln, die alle Kinder erreichen. Notwendig ist dafür eine integrierte, koordinierte Versorgung, die bereits während der Schwangerschaft der Mutter beginnt, die Geburtsphase begleitet und in den ersten Lebensjahren mit aufsuchenden Angeboten einhergeht. Der Auf- und Ausbau dieser Versorgungsstrukturen hat im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen seit der Verabschiedung des Bundeskinderschutzgesetzes 2012 Gestalt angenommen und wird vom **Nationalen Zentrum Frühe Hilfen** bundesweit koordiniert und fachlich unterstützt. Das NZFH wurde 2007 vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eingerichtet und hat seinen Sitz in Köln. Träger sind die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln und das Deutsche Jugendinstitut (DJI) in München. Die Aufgaben des NZFH sind vielfältig:

Als Wissensplattform erarbeitet das NZFH wissenschaftliche Grundlagen für die Praxis. Ziel dieses Schwerpunktes ist es, Forschungslücken im Bereich der Frühen Hilfen zu schließen und das bereits vorhandene Wissen so aufzubereiten, dass Akteure vor Ort davon profitieren können.

Im Sinne eines Transfers soll gute Praxis in alle Regionen Deutschlands übertragen werden. Im Vordergrund dabei steht die Unterstützung der staatlichen und nicht-staatlichen Akteure beim Auf- und Ausbau und bei der Weiterentwicklung der Frühen Hilfen. Ziel ist es, die erprobten positiven Ansätze aus Modellvorhaben dauerhaft in die Regelversorgung zu implementieren.

Auf die Qualifizierung der Fachkräfte im Netzwerk soll geachtet werden: Die Maßnahmen sollen Kompetenzen stärken und interdisziplinäres Lernen ermöglichen. Ein wichtiges Arbeitsfeld des NZFH ist der Bereich der professionsübergreifenden Fort- und Weiterbildungen und des interdisziplinären Lernens.

Das NZFH ist auch zuständig für die Kommunikation mit der Öffentlichkeit; es soll für Frühe Hilfen werben. Aktive Presse- und Öffentlichkeitsarbeit unterstützt die Tätigkeit des NZFH und macht die Aufgaben und Ergebnisse transparent.

Die Zahl der aufsuchenden Angebote durch fachlich qualifizierte Kinderkrankenschwestern bzw. speziell ausgebildete Familienhebammen oder Sozialpädagogen reicht von einem einmaligen »Willkommensbesuch« nach der Geburt eines Kindes bis zu einer kontinuierlichen nachhaltigen Begleitung während der ersten drei Lebensjahre eines Kindes, wobei das weitere Vorgehen risikoadaptiert erfolgt. Dies bedeutet, dass bei Familien, in denen erhebliche psychosoziale Belastungen und Risiken festgestellt werden, zahlreiche und engmaschige Besuche erfolgen und weitere passgerechte, unterstützende Hilfen angeboten werden. Damit sollen die Ressourcen der Familie gestärkt werden. Kritisch ist nach wie vor ein ungeklärtes Verhältnis zwischen den Frühen Hilfen und dem Auftrag der Erfassung von Kindeswohlgefährdung, das nicht nur auf der Praxisseite ambivalent erlebt wird, sondern auch konzeptionell weiter geklärt werden muss. Zwischenzeitlich sind eine allgemein akzeptierte Begriffsbestimmung der Frühen Hilfen und ein Leitbild sowie zahlreiche Arbeitsmaterialien durch das NZFH zur Verfügung gestellt worden, die über die Seite www.fruehe-hilfen.de abgerufen werden können.

Die Angebote folgen regional unterschiedlichen Konzepten und werden hinsichtlich ihrer Qualität und Effizienz derzeit überprüft. Die föderale Struktur Deutschlands, innerhalb derer viele Fragen zur Sicherung des Kindeswohls auf Länderebene und dann auf kommunaler Ebene behandelt werden, führt zu einer großen Vielfalt von Ansätzen, Netzwerken und professionellen Reaktionen sowohl im Bereich der Frühen Hilfen als auch beim interventionellen Kinderschutz im Bereich der Jugendhilfe. Der Mangel an allgemeinen, gesundheits- und sozialpolitisch abgestimmten Richtlinien, an epidemiologischen Daten und fehlenden Informationen über die Effektivität der Programme und Projekte, die implementiert wurden, führt derzeit noch zu Skepsis und Zurückhaltung insbesondere im Gesundheitswesen. Diese kann und sollte durch eine intensive Begleitforschung im Rahmen der Ressortförderung der beteiligten Bundesministerien überwunden werden.

Bedeutsam für das Verständnis der gegenwärtigen Situation mit einem hohen Maß an Freiwilligkeit, sehr heterogener Angebotsstruktur und regionaler Variation ist die Erfahrung mit zwei totalitären Regimen in Deutschland im letzten Jahrhundert, die

zu einer besonderen Empfindlichkeit im Hinblick auf Eingriffe in die Familie und das Elternrecht geführt hat. Wirksam kann nur ein System sein, das das Maß der Empathie für Eltern und Kinder und der Kontrolle bei der Verwirklichung des Gemeinwohlinteresses und des besonderen Schutzauftrages des Staates für Kinder und Jugendliche offenlegt.

23.2 Kinderschutz-Zentren, Kinderschutzgruppen und Beratungsstellen

In den 1970er Jahren entstand die Konzeption zum ersten Kinderschutz-Zentrum in Berlin und mündete 1975 in die Gründung des ersten Kinderschutz-Zentrums. Im Rahmen des Aufbruchs »Mehr Demokratie wagen« und z. T. radikaler Kritik an staatlich kontrollierender Fürsorge wurden die Rollen der Helfer und der Hilfesysteme kritisch reflektiert und verändert (▶ Kap. 1.4). Unter Berücksichtigung moderner wissenschaftlicher Erkenntnisse zum Hilfeprozess wurde die Zielorientierung »Hilfe statt Strafe« entwickelt.

▪ Kinderschutz-Zentren

Die Kinderschutz-Zentren haben eine therapeutisch motivierte, familienorientierte Kinderschutzarbeit etabliert, die die Gewalt in der Familie in jeder Form auch als Beziehungsproblem thematisiert. Hilfe wird v. a. betroffenen Kindern und Eltern angeboten; die Arbeit bezieht sich aber auch auf das übergreifende soziale System (Angehörige, Nachbarschaft, Bekanntenkreis, Schule und Arbeitsplatz) und das System der Helfer sowie auf die Öffentlichkeit. Die Prinzipien moderner Kinderschutzarbeit zeigt die folgende ▶ Übersicht.

Prinzipien moderner Kinderschutzarbeit

- Wer wirklich helfen will, verzichtet (zunächst) auf die Suche nach dem Täter und thematisiert stattdessen den Konflikt.
- Wer auf die Praxis der Freiwilligkeit und der gemeinsamen Lösungssuche baut, kommt häufig in der Hilfeplanung weiter.
- Auch aus der Perspektive der Kinder ist Hilfe tragfähiger als Zwang und Sanktionierung.

Die Kinderschutz-Zentren stehen für einen niedrigschwelligen, hilfe- und lebensweltorientierten Kinderschutz. In der Weiterentwicklung der Arbeit sind Prinzipien der Kooperation und Möglichkeiten der Betreuung von nichtfreiwilligen Klienten integriert worden. Das Angebot einer vertraulichen und auf Wunsch anonymen Beratung bleibt jedoch weiterhin ein zentraler Baustein eines möglichst niedrigschwelligen Ansatzes. Nur mit Zustimmung der beratenen Kinder, Jugendlichen und Familien arbeiten die Beratungsstellen mit anderen Einrichtungen zusammen, wobei bei einer erheblichen Gefährdung des Kindeswohls und Ausschöpfen aller Mittel nach Information der Betroffenen eine Information des Jugendamtes erfolgt. Die Kinderschutz-Zentren haben sich 1980 in der Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren zusammengeschlossen und verfügen über ein für die Zentren verbindliches System der Qualitätssicherung. Diese wird durch das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) unterstützt. Die Bundesarbeitsgemeinschaft setzt sich für eine qualifizierte Weiterbildung, Qualitätsentwicklung in den Kinderschutz-Zentren, allgemeine Öffentlichkeitsarbeit und sozialpolitische Lobbyarbeit für die Belange von Kindern, Jugendlichen und Familien ein und veranstaltet regelmäßige Kongresse, Anhörungen und Weiterbildungsveranstaltungen. Für alle Kinderschutz-Zentren gelten verbindliche und verpflichtende gemeinsame Standards. Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Kinderschutz-Zentren unterhält einen umfangreichen Buch-Shop sowie einen monatlich erscheinenden Newsletter, der kostenlos abonniert werden kann (www.kinderschutz-zentren.org/newsletter). Derzeit gibt es in 26 Städten Kinderschutz-Zentren, überwiegend im Westen und Norden Deutschlands, ein Adressverzeichnis findet sich unter www.kinderschutz-zentren.org.

▪ Kinderschutzambulanzen

Insbesondere in Nordrhein-Westfalen, aber auch in anderen Bundesländern haben sich an einigen Kinderkliniken Kinderschutzambulanzen entwickelt, die ärztlich geleitet sind und multiprofessionelle Teams zur Beratung und Intervention bereithalten. Sie arbeiten häufig auch präventiv und niedrigschwellig und vermitteln frühe Hilfsangebote. Häufig handelt es sich um Kliniken, die über aktive, multiprofessio-

nelle Kinderschutzgruppen verfügen. Die in jüngeren Jahren entstandenen rechtsmedizinischen Ambulanzen tragen teilweise ebenfalls den Namen »Kinderschutzambulanz«, haben aber eine andere, forensisch orientierte Ausrichtung. Die kinder- und jugendmedizinisch und die rechtsmedizinisch ausgerichteten Ambulanzen verfügen nicht über ein bundesweites Netzwerk, verbindliche Kooperationsstrukturen oder begleitende Systeme der Qualitätssicherung. Dies ergibt sich u. a. auch aus der ungeklärten Langzeitfinanzierung der häufig als Modellprojekt eingerichteten Ambulanzen. Vereinzelt arbeiten sie auch mit einer auf einen individuellen Arzt beschränkten kassenärztlichen Ermächtigung. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) versteht sich – ebenso wie für die Kinderschutzgruppen – auch für diese Ambulanzen als zuständige Fachgesellschaft.

Krisentelefone

Regionale Krisentelefone bilden eine weitere Komponente der Kinderschutzarbeit in Deutschland. Es handelt sich um z. T. spezifische Angebote für gewaltbelastete Kinder und Jugendliche, überwiegend haben sie jedoch auch den Charakter von allgemeinen »Sorgentelefonen«, die von Kindern und Jugendlichen in schwierigen Lebenslagen genutzt werden können. Die Angebote gehen oft von örtlichen Beratungsstellen, z. B. des Diakonischen Werkes, der Caritas oder anderen Wohlfahrtsverbänden, aus. Eine überregionale Koordinierung, Qualifizierung und Qualitätssicherung erfolgt über die Dachorganisation »Nummer gegen Kummer e.V.«. Sie ist mit mehr als 100 Telefonberatungsstellen in ganz Deutschland das größte telefonische, kostenfreie Beratungsangebot für Kinder, Jugendliche und Eltern. Kinder und Jugendliche erreichen unter der Telefonnummer 0800- 116111 montags bis samstags nachmittags das Kinder- und Jugendtelefon, das auch eine Peer Beratung für Jugendliche sowie eine spezifische Beratung zu Gewalt im Internet vorhält. Für Eltern gibt es Sprechzeiten vormittags und abends unter 0800-1110550. Nummer gegen Kummer e.V. ist Mitglied im Deutschen Kinderschutzbund und bei Child Helpline International. Die Beraterinnen und Berater arbeiten ehrenamtlich nach einer Ausbildung, sie erhalten Supervision. Eine Kontaktmöglichkeit besteht auch über das Internet über die Internetseite www.nummergegenkummer.de.

Feministische Beratungsstellen

Durch die Frauenbewegung in den 1970er und 80er Jahren wurde das Thema der sexuellen Misshandlung erstmals der breiten Öffentlichkeit zur Kenntnis gebracht. Zahlreiche erwachsene Frauen berichteten über Missbrauchserfahrungen in der Kindheit und prangerten den verleugnenden Umgang in der Gesellschaft an. Bald darauf entstanden spezifische, feministisch ausgerichtete Beratungsangebote, häufig im Kontext von Frauenhäusern, die Hilfe bei Gewalt in der Partnerschaft anboten. Die Beratungsangebote basieren meist auf einem parteilichen Ansatz, sodass z. T. eine kritische Auseinandersetzung mit den eher familientherapeutischen Angeboten der Kinderschutz-Zentren und anderen Familienberatungsstellen folgte. Die bekanntesten Initiativen sind »Wildwasser« und »Zartbitter«. In der Regel bieten Frauenberatungsstellen auch Beratung für Mädchen an, die sexueller Gewalt ausgesetzt waren oder sind. Im Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (bff) sind mehr als 160 Beratungsstellen bundesweit organisiert. Auch hier wird eine bundesweite, kostenfreie Telefonnummer für Frauen vorgehalten, die von Gewalt betroffen sind (0800-116016). Weitere Informationen finden sich unter www.frauen-gegen-gewalt.de/der-bundesverband.html. Bedeutsam ist, dass Kinder von Frauen, die Gewalt erleben, häufig eine eigenständige Unterstützung und Betreuung benötigen. Die Kooperation zwischen Angeboten für Frauenberatungsstellen und Frauennotrufen sowie Frauenhäusern und Einrichtungen des Kinderschutzes müssen weiter ausgebaut und qualifiziert werden.

Familienberatungsstellen

Die Konzepte des modernen Kinderschutzes haben auch in allgemeinen Erziehungs-, Familien-, Ehe- und Partnerschaftsberatungsstellen sowie Bildungseinrichtungen Eingang gefunden, sodass diese neben den spezialisierten Beratungsstellen ebenfalls ein beratendes oder therapeutisches Angebot für diesen Personenkreis anbieten können. Je nach Indikationsstellung, Kompetenzen und Erfahrung der Mitarbeiter der Einrichtung und regionaler Verfüg-

barkeit können betroffene Familien auch hierhin vermittelt werden. Insbesondere der Deutsche Kinderschutzbund, aber auch die großen Wohlfahrtsverbände wie Diakonisches Werk, Caritas, Arbeiterwohlfahrt und die kommunalen Jugendhilfeträger bieten lokale Beratungsstellen zur Erziehungs- und Familienberatung an, die auch bei Formen von Gewalt gegen Kinder ein Beratungsangebot machen. Die Bundeskonferenz der Familienberatungsstellen (bke e.V.) ist der Fachverband der Erziehungs- und Familienberatungsstellen in Deutschland. Er wurde aus einem Zusammenschluss der Landesarbeitsgemeinschaften der Familienberatungsstellen 1962 gegründet und ist Träger der jährlichen bundesweiten und zahlreichen kleineren Weiterbildungsveranstaltungen. Er unterhält auch eine Plattform für Online-Beratung für Jugendliche und für Eltern. Individuell kann eine Einzelberatung (via E-Mail-Kontakt), ein Einzelchat, Gruppen- oder Themenchat oder ein Forum genutzt werden, weiterhin kann online nach Beratungsstellen in der Region gesucht werden (siehe www.eltern.bke-beratung.de/views/home/index.html). Auch die Arbeitsgemeinschaft für Jugend- und Eheberatung e.V. (DAJEB) bietet eine Beratungsstellensuche in ihrem »Beratungsführer online« (www.dajeb.de/suchmask.php).

Projekt »Aus Fehlern lernen«

In wenigen Dekaden konnte eine Umorientierung der Hilfeprozesse auch in den allgemeinen Sozialen Diensten und der Jugendhilfe von autoritären zu klientenorientierten, von defizit- zu ressourcenorientierten Konzepten vollzogen werden. Niedrigschwellige Angebote der Hilfe zur Selbsthilfe waren auf den Weg gebracht worden. Dies hat sicher vielen Familien mit mäßig ausgeprägten Defiziten und noch vorhandenen Ressourcen sehr geholfen und war in Bezug auf die Wahrnehmung der Jugendhilfe in der Bevölkerung hilfreich (Mörsberger 1997). Andererseits ist es auch zu problematischen Hilfeverläufen im Kinderschutz gekommen, die das BMFSFJ im Jahr 2008 zum Anlass genommen hat, das Projekt »Aus Fehlern lernen – Qualitätsmanagement im Kinderschutz« bei dem NZFH anzusiedeln. Insgesamt nahmen 42 Kommunen aus zwölf Bundesländern teil. Als zentrale Elemente struktureller Risiken wurden Kooperationsfehler, im Bereich der individuellen Kompetenzen der Fachkräfte, Einschätzungsfehler und in Bezug auf die Familien Beteiligungsfehler identifiziert. Über die Seite www.fruehehilfen.de/qualitaetsentwicklung-im-kinderschutz/praxisentwicklung-und-forschung werden Arbeitsmaterialien zur Verfügung gestellt. Ähnliche Initiativen entwickelten sich auch regional in Kommunen, die von Kinderschutzfällen betroffen waren, bei denen trotz installierter Hilfen ein Kind zu Tode gekommen war.

Hier wurden in den letzten Jahren erhebliche Anstrengungen unternommen, die Qualität der Angebote und die Qualifikation der Mitarbeiter in den kommunalen Jugendämtern und der Einrichtungen der Jugendhilfe zu verbessern.

23.3 Kinderschutzgruppen

Kinderschutzgruppen sind eine aus den USA stammende (Child Protection Teams) und in Europa zunächst in der Schweiz und Österreich verbreitete Interventionsform, die an Kinderkliniken angesiedelt ist. Dort werden Verdachtsfälle anhand strukturierter Abläufe durch Aufgabenverteilung innerhalb eines innerklinischen, multiprofessionellen Teams bearbeitet. Sie setzen sich je nach regionaler Verfügbarkeit aus unterschiedlichen ärztlichen und nichtärztlichen Mitarbeitern zusammen: Kinder- und Jugendmedizin, Kinderchirurgie, Sozial-/Neuropädiatrie/SPZ, Kinderradiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Klinik-Sozialdienst, Pflege, Rechtsmedizin, (Kinder- und Jugend-) Gynäkologie, u. a. Die Aufgabenverteilung, die Entlastung des Einzelnen, das Vermeiden individueller Fehler durch gemeinsame Verantwortung und Entscheidungsfindung sind Kennzeichen dieses Ansatzes (▶ Kap. 22.5).

In Deutschland sind derzeit an etwa 110 von 339 pädiatrischen Abteilungen derartige Gruppen bekannt, die weitgehend entsprechend den Prinzipien des sog. Kinderschutzgruppen-Leitfadens (»Empfehlungen für Kinderschutz in Kliniken«, DGKiM/DAKJ 2010–2016) arbeiten. Weitere befinden sich in Gründung und werden organisatorisch durch die Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) vertreten. Aktuell erarbeitet die DGKiM hinsichtlich eines Qualitätsmanagements im Kinderschutz ein Konzept der Akkreditierung

von Kinderschutzgruppen als auch eine individuelle ärztliche Zertifizierung und Qualifizierung (»Kinderschutzmediziner«) um diesbezüglich verbindliche Standards zu etablieren.

23.4 Rechtsmedizinische Ambulanzen

In den allermeisten Instituten für Rechtsmedizin in Deutschland gibt es mittlerweile Ambulanzen. Dies bedeutet, dass Kinder (und natürlich auch Erwachsene) in den Instituten in angemessenen Räumlichkeiten untersucht werden können. Davon unabhängig können Untersuchungen natürlich auch vor Ort (gemeint ist damit zumeist: in einer Kinderklinik) durchgeführt werden. Hintergrund der Tätigkeit rechtsmedizinischer Ambulanzen ist, dass dort Verletzungen gerichtsfest dokumentiert und begutachtet werden können, sodass in einem später möglichen formellen Verfahren – sei es vor einem Familiengericht, sei es vor einem Strafgericht – die Beweissituation wesentlich besser ist und die Gerichte eine zuverlässigere Entscheidungsgrundlage haben. Dies gilt bei Sorgerechtsentscheidungen gerade dann, wenn bei getrennt lebenden Paaren ein Ex-Partner behauptet, der andere Ex-Partner habe das oder die gemeinsamen Kinder misshandelt. Nicht selten erhofft sich der einen solchen Vorwurf erhebende Elternteil davon eine vorteilhaftere Position im anstehenden Sorgerechtsstreit.

Die Finanzierung der rechtsmedizinischen Ambulanzen ist sehr von den lokalen Gegebenheiten abhängig. Ein niedrigschwelliges Angebot im Sinne einer für den Auftraggeber kostenlosen Untersuchung können dabei nur wenige Institute anbieten. Da sich aufgrund des modellhaften Charakters der finanzierten Ambulanzen häufig Änderungen ergeben, sollen hier keine einzelnen Projekte besonders angesprochen werden. Informationen zu den rechtsmedizinischen Instituten in Deutschland findet man über die Webseite der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin (www.dgrm.de), die Links zu allen Instituten bereithält.

23.5 Fachgesellschaften und Fachzeitschriften

23.5.1 Fachgesellschaften

ISPCAN Die **International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect** (Sitz in Aurora, Colorado, USA) ist eine 1977 auf Initiative von C. Henry Kempe in Bellagio, Italien, gegründete multidisziplinäre internationale Kinderschutz Weltorganisation, mit dem Ziel, alle Formen der Misshandlung, Vernachlässigung und Ausbeutung von Kindern und Jugendlichen auf globaler Ebene zu verhüten und zu behandeln sowie Kinderrechte zu stärken. Öffentliche Aufmerksamkeit, politische Stellungnahmen und zahlreiche Aktivitäten hinsichtlich Ausbildung, Fortbildung, Forschung, Qualität im Kinderschutz (»Best practice«), Kongresse und Förderung weltweiter Aktivitäten im Kinderschutz, insbesondere in Entwicklungsländern (www.ispcan.org).

APSAC Die amerikanische interdisziplinäre Kinderschutzdachorganisation **American Professional Society on the Abuse of Children** (Sitz in Columbus, Ohio, USA) verfolgt auf nationaler Ebene grundsätzlich die gleichen Ziele wie die ISPCAN (www.apsac.org).

BASPCAN Die 1979 gegründete britische interdisziplinäre Kinderschutzdachorganisation **British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect** (Sitz in York, England) verfolgt grundsätzlich auf nationaler Ebene die gleichen Ziele wie die ISPCAN (www.baspcan.org.uk).

DGfPI Die **Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung** mit Sitz in Düsseldorf ist eine 2009 aus dem Zusammenschluss der 1994 in Hannover gegründeten Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV) und dem Bundesverein zur Prävention von sexueller Gewalt an Jungen und Mädchen hervorgehende multiprofessionelle Kinderschutz-Dachgesellschaft in Deutschland. Die DGfPI hat ca. 800 Mitglieder und Mitgliedsvereine. Sie zielt im Gegensatz zu opferorientierten Gesellschaften und Vereinen wie

Kinderschutzbund und Kinderschutzzentren ausschließlich auf die Verbesserung der Ausbildung und Vernetzung aller Fachleute, die sich mit körperlicher und seelischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern beschäftigen. Sie ist nationale Partnerorganisation der ISPCAN (englische Bezeichnung GESPCAN – German Society for Prevention of Child Abuse and Neglect) und verfolgt grundsätzlich auf nationaler Ebene die gleichen Ziele (www.dgfpi.de).

DGKiM Die **Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin** (Sitz in Bonn), wurde 2008 in Kassel als AG KiM mit dem Ziel gegründet, erstmals in Deutschland eine Fachgesellschaft und Mitgliederorganisation im medizinischen Kinderschutz zu etablieren und die wissenschaftliche, klinische und praktisch-ärztliche Arbeit auf dem Gebiet der Erkennung und Verhinderung von Gewalt und Vernachlässigung an Kindern und Jugendlichen zu fördern. Sie hat (Stand 2016) 260 Mitglieder, ist als Mitglied im Konvent der Fachgesellschaften der DGKJ anerkannte kindermedizinische Subdisziplin und richtet jährliche wissenschaftliche Jahrestagungen aus. Sie bietet ein Forum für die fachliche Diskussion, Förderung der wissenschaftlichen Auseinandersetzung und Entwicklung fachlicher Standards und Interventionsformen. Weiterhin versteht sich die DGKiM als Vertreterin der deutschen Kinderschutzgruppen und ärztlicher Kinderschutzambulanzen und als Ansprechpartner für Fragen aus Politik, Versicherungs- und Krankenhauswesen. Ein wesentliches Resultat ist die Entwicklung des gemeinsam mit der DAKJ publizierten und laufend aktualisierten Leitfadens »Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken« 2010. Es besteht eine enge Kooperation mit der DAKJ Kommission Kinderschutz. 2016 erfolgte die Umbenennung von AG KiM zur DGKiM (www.dgkim.de).

DAKJ Die 2008 in Kassel gegründete **Kommission Kinderschutz der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin** mit Sitz in Berlin ist die fachpolitische Vertretung der kindermedizinischen Fachgesellschaften. Sie hat den Charakter einer umschriebenen, von den Fachgesellschaften personell berufenen Kommission, die in Abstimmung mit den jeweiligen Vorständen arbeitet und inhaltlich und fachpolitisch eng mit der DGKiM kooperiert (www.dakj.de/pages/die-kommissionen/kinderschutz.php).

DGRM In der **Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin** widmen sich die Arbeitsgemeinschaften klinische Rechtsmedizin und forensisch-pädiatrische Diagnostik thematisch der Diagnostik von Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (www.dgrm.de/arbeitsgemeinschaften).

In den Fachgesellschaften für **Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie** werden Themen des Kinderschutzes und Entwicklungsverläufe nach früher Gewalterfahrung regelmäßig Gegenstand der Fort- und Weiterbildung oder von spezifischen Beratungsangeboten und Projekten. Besonders zu nennen ist das Online Portal für ein E-learning-Programm für Fachkräfte in verschiedenen Bereichen der Kindeswohlgefähdung, so Onlinekurse zu sexuellem Missbrauch, medizinischem Kinderschutz und Frühen Hilfen, vgl. www.elearning-kinderschutz.de (Fegert et al. 2015), sowie die spezifischen Interventionsprogramme wie »Guter Start ins Kinderleben«, das in der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie Ulm entwickelt wurde, oder »Keiner fällt durchs Netz« des Heidelberger Instituts für Psychosomatische Kooperationsforschung und Familientherapie. Die Gesellschaft für Seelische Gesundheit in der Frühen Kindheit (GAIMH = German-Speaking Association for Infant Mental Health) ist eine der Tochtergesellschaften der WAIMH (World Association for Infant Mental Health). Die GAIMH setzt sich ein für die Förderung seelischer Gesundheit in der frühen Kindheit sowie für die Vermeidung und Früherkennung von Fehlentwicklungen, sie unterstützt grundlagen- und anwendungsorientierter Forschung über die seelische Entwicklung in der Pränatalzeit und in der frühen Kindheit, die psychische Gesundheit von Eltern und Familien sowie Entstehungsbedingungen, Auswirkungen und Folgen von Störungen der seelischen Entwicklung.

Die Organisationen und Fachgesellschaften der Kinderschutzzentren, Erziehungs- und Familienberatungsstellen und der Krisentelefone wurden unter den Darstellungen der Angebote aufgeführt.

23

23.5.2 Fachzeitschriften

Child Abuse and Neglect – The International Journal (Herausgeber Donald C. Bross, Gary B. Melton, Aurora, Colorado, USA; Verlag Elsevier; monatlich; gegründet 1977) ist das offizielle Organ der **International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect (ISPCAN)**

- www.journals.elsevier.com/child-abuse-and-neglect

Kindesmisshandlung und -vernachlässigung – Interdisziplinäre Fachzeitschrift für Prävention und Intervention (Herausgeber Günther Deegener, Verlag Vandenhoeck & Ruprecht; halbjährlich; gegründet 1998) ist das offizielle Organ der **Deutschen Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI)**

- www.dgfpi.de/zeitschrift-dgfpi.html

Child abuse Review (Herausgeber Jane V. Appleton, Oxford, Peter Sidebotham, Warwick, England, Verlag Wiley; 2-monatlich; gegründet 1992) ist das offizielle Organ der **British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect (BASPCAN)**

- www.baspcan.org.uk/child-abuse-review.php

Child Maltreatment (Herausgeber Daniel J. Whitaker, Atlanta, Georgia, USA; Verlag Sage Publicatons; vierteljährlich; gegründet 1996) ist das offizielle Organ der **American Professional Society on the Abuse of Children (APSAC)**

- http://cmx.sagepub.com/

The Quarterly Update (Herausgeber Robert Reece, North Falmouth, Massachusetts; Selbstverlag; vierteljährlich; gegründet 1994) ist ein Literaturreview Journal, überwiegend bezogen auf medizinische Publikationen, die von den Herausgebern weltweit gescreent, relevante Publikationen beschrieben und im Kontext des aktuellen Forschungsstandes hinsichtlich ihrer Validität und Signifikanz bewertet werden

- www.quarterlyupdate.org

Info KiM (Herausgeber Bernd Herrmann, Kassel; elektronischer Newsletter für Mitglieder der DGKiM; vierteljährlich; gegründet 2011) ist das offizielle Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM) und berichtet über neue Entwicklungen im medizinischen Kinderschutz, neue Literatur und Leitlinien, Buchbesprechungen, Fortbildungen im medizinischen Kinderschutz und kleinere Originalarbeiten

- www.dgkim.de

Journal of Child Sexual Abuse (Herausgeber Robert Geffner, San Diego, California, USA; Verlag Taylor & Francis; 8 Ausgaben/Jahr; gegründet 1992) ist eine multiprofessionelle Zeitschrift zu Forschung, Diagnostik, Behandlung und Prävention von sexuellem Kindesmissbrauch

- www.tandfonline.com/loi/wcsa20#.VYPL-akZe-ao

Literatur (Kapitel 21–24)

Bentovim A, Elton A, Tranter M (1987) Prognosis for rehabilitation after abuse. Adoption and Fostering 34: 821–826

Bundesministerum für Gesundheit (2007) Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Kindesmisshandlung/Kindes-vernachlässigung/Kindesmissbrauch. Bundesanzeiger 234: 8268

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium der Justiz (2003) Gewaltfreie Erziehung – Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung. Quelle: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gewaltfreie-erziehung-bussmann-deutsch,property=pdf.pdfl

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2014) Broschüre Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch in einer Einrichtung – Was ist zu tun? Fragen und Antworten zu den Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden. https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMJ/Verdacht_Kindesmissbrauch_Einrichtung_6689304.html

Deegener G, Körmer W (2011) Risiko und Schutzfaktoren – Grundlagen und Gegenstand psychologicher, medizinischer und sozialpädagogischer Diagnostik im Kinderschutz. In: Körner W, Deegener G. Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 201–250

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM), Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) (Hrsg.) (2016) Empfehlungen zu Kinderschutz an Kliniken. Bonn, Kassel, Berlin; laufend aktualisiert, Erstausgabe 2010; aktuelle Version 1.6; Abruf unter www.ag-kim.de/index.php?id=163 und www.dakj.de/

pages/aktivitaeten/stellungnahmen-und-empfehlungen/kinderschutz.php
Ellsäßer G, Cartheuser C (2006) Befragung zur Wahrnehmung von Gewalt gegen Kinder und zur Nutzung des Leitfadens »Gewalt gegen Kinder und Jugendliche« durch Brandenburger Kinderärzte. Das Gesundheitswesen 68: 265–270
Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (Hrsg.) (2015a) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer Verlag Heidelberg
Fegert JM, Wolff M (Hrsg.) (2015b) Kompendium »Sexueller Missbrauch in Institutionen«. Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Beltz Juventa, Weinheim, Basel
Herbert Grundhewer, von Bismarck S, Häßler F, Herrmann B, Thyen U (2013) Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) (Hrsg.) Praxisleitfaden Kindesmisshandlung. Vorgehen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. www.dakj.de/media/stellungnahmen/dakj/2013-dakj-kindesmisshandlung-praxisleitfaden.pdf
Habetha S, Bleich S, Sievers C, Marschall U, Weidenhammer J, Fegert JM (2012) Deutsche Traumafolgekostenstudie. Kiel, Schmidt & Klaunig, Schriftenreihe / IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH Kiel, Bd. III
Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, Bates G, Mikton C, Shakespeare T, Officer A (2012) Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet 380: 899–907
Kinderschutz-Zentrum Berlin (2009) Kindesmisshandlung. Erkennen und Helfen. 11. überarbeitete Aufl., Berlin: Kinderschutz-Zentrum
Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (Hrsg.) (2006) Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München: Deutsches Jugendinstitut
Kindler H (2015) Prävention von sexuellem Missbrauch – Möglichkeiten und Grenzen. In: Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (Hrsg.) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer Verlag Heidelberg, S. 351–362
Lohaus A, Trautner HM (2015) Präventionsprogramme und ihre Wirksamkeit zur Verhinderung sexuellen Missbrauchs. In: Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (Hrsg.) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S 709–724
Landzettel HJ (1990) Zum Thema Kindesmisshandlung – Erste Ergebnisse einer Fragebogenaktion der hessischen Kinderärzte. Der Kinderarzt 21: 1301–1305
Martens-Le Bouar H, Renner I, Belzer F, Barth M, Krippeit L, Ufer J, Friedmann A, Ziegler M, von Kries R, Paul M, Mall V; gemeinsam mit der Expertengruppe Frühe Hilfen (2013) Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr. Kinderärztl Prax 84: 94–100
Metzner F, Pawils S (2011) Zum Einsatz von Risikoinventaren bei Kindeswohlgefährdung. In: Körner W, Deegener G. Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 251–277
Mörsberger T, Restemeier J (Hrsg.) (1997) Helfen mit Risiko. Zur Pflichtenstellung des Jugendamtes bei Kindesvernachlässigung. Neuwied, Kriftel, Berlin
Neutze J, Grundmann D, Scherner G, Beier KM (2012) Undetected and detected child sexual abuse and child pornography offenders. Int J Law Psychiatry 35: 168–175
Reich W (2005) Der Stuttgarter Kinderschutzbogen. Ein Diagnoseinstrument bei Kindeswohlgefährdung. Kinderärztliche Praxis 76: 370–377
Salgo L (2007) § 8a SGB VIII – Anmerkungen und Überlegungen zur Vorgeschichte und die Konsequenzen der Gesetzesänderung. In: Ziegenhain U, Fegert JM (Hrsg.) Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. Reinhardt, München, S 9–29
Schick A,, Cierpka M (2003) Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. Kindheit und Entwicklung 12 (2): 100–110
Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006) Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Dtsch Ärztebl 103: B1872–1878
Thyen U, Meysen T, Dörries A (2010) Kinderschutz im Spannungsfeld ärztlichen Handelns. In: Suess GJ, Hammer W (Hrsg.) Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten. Klett-Cotta, Stuttgart, S 126–149
Thyen U, Kirchhofer F, Wattam C (2000) Gewalterfahrung in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. Das Gesundheitswesen 62: 311–319
Thyen U (2014) Sekundäre Prävention im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Die Früherkennungsuntersuchungen U1–J2. Monatsschr Kinderheilkd 162: 518–526, DOI 10.1007/s00112-013-3068-3
Übereinkommen über die Rechte des Kindes. UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut (Texte in Amtlicher Übersetzung) vom 20. November 1989, am 26.01.1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet. Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 – BGB1. II S. 121
Uslucan HH (2010) Kinderschutz im Spannungsfeld unterschiedlicher kultureller Kontexte. In: Suess GJ, Hammer W (Hrsg.) Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten. Klett-Cotta, Stuttgart, S 150-165
von Bismarck S und AG KiM (2014) Leitfaden zum Aufbau eines Präventionskonzeptes gegen sexuellen Missbrauch in Kinderkliniken. Berlin, Bonn. Download unter: http://ag-kim.de/index.php?id=163
Walper S, Kindler H.(2015) Partnergewalt. In: Melzer W, Hermann D, Sandfuchs D, Schäfer M, Schubarth W, Daschner P (Hrsg.) Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn

Wetzels P (1997) Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, Band 8. Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
Zenz G (1981) Kindesmisshandlung und Kindesrechte. Erfahrungswissen, Normstruktur, Entscheidungsrationalität. 1. Auflage, Suhrkamp, Frankfurt a. M.

Prävention

Bernd Herrmann, Reinhard Dettmeyer, Sibylle Banaschak, Ute Thyen

B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7_24,

Prävention

- **Primäre Prävention** bezeichnet politische und gesellschaftliche Aktivitäten, die das Ausmaß von Kindesmisshandlung senken, indem Umgebungen und gesellschaftliche Einstellungen gefördert werden, die die Entwicklung von Risikofaktoren für Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellen Missbrauch vermeiden.
- **Sekundäre Prävention** zielt auf Maßnahmen, die die Auftretenswahrscheinlichkeit von Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung durch die frühe Identifizierung von Risikofaktoren oder durch Interventionen in frühen Stadien Misshandlung oder Vernachlässigung reduzieren.
- **Tertiäre Prävention** bezeichnet die Behandlung und Rehabilitation nach bereits stattgefundener Kindesmisshandlung oder Vernachlässigung bzw. das Verhindern weiterer Gewalterfahrungen und der Entwicklung von sekundären Folgeschäden, insbesondere psychischer Störungen (▶ Kap. 21 Intervention).

24.1 Primäre Prävention und Gesundheitsförderung

In den letzten drei Jahrzehnten haben Bestrebungen der primären Prävention dazu geführt, das öffentliche Bewusstsein im Hinblick auf eine gewaltfreie Erziehung zu verändern. Die Verabschiedung des Gesetzes zum Recht des Kindes auf eine gewaltfreie Erziehung im Jahr 2000 markierte einen Meilenstein in dieser Entwicklung.

24.1.1 Gewaltfreie Erziehung

Die Umsetzung einer gewaltfreien Erziehung wird zwar inzwischen von der Mehrzahl aller Eltern befürwortet, ist im Alltag jedoch noch nicht überwiegende Praxis. Nur 28% aller Eltern verzichten weitgehend auf schwerwiegende erzieherische Sanktionen oder körperliche Strafen. Etwa die Hälfte aller Eltern (54%) nutzen noch gelegentliche leichte körperliche Bestrafungen. In 17% aller Familien kam es jedoch auch noch Anfang der 2000er Jahre zum Einsatz von schädlichen Erziehungspraktiken wie psychisch entwürdigende Sanktionen oder schwere körperliche Strafen (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Bundesministerium der Justiz 2003). In der niedersächsischen Studie zum Thema Kindesmisshandlung Anfang der 1990er Jahre zeigte sich, dass noch 7–10% aller Eltern angaben, ihr Kind mit einem Gegenstand geschlagen zu haben (Wetzels 1997). Dies wird bestätigt durch repräsentative Schülerbefragungen in Niedersachsen, die 2013 durchgeführt wurden. Das Durchschnittsalter lag bei knapp 15 Jahren. Hier gaben 56,8% der Schüler an, in der Kindheit keine körperliche Gewalt durch die Eltern erlebt zu haben, 30,5% hatten zumindest einmal Formen leichterer Gewalt erlebt (Ohrfeige, hart angepackt, mit Gegenstand beworfen) und 12,7% hatten schwere Formen der Gewalt erlebt (mit Gegenständen oder der Faust geschlagen oder getreten, zusammengeschlagen). Kinder aus anderen Herkunftsländern (insbesondere aus den ehemaligen Sowjetrepubliken und Asien) berichteten signifikant häufiger über schwere Formen der Gewalt im Vergleich zum Durchschnitt der Kinder aus Deutschland, aber etwa mit der gleichen Häufigkeit wie Kinder aus Deutschland, deren Familien auf Transferleistungen (Hartz IV) angewiesen waren (Baier 2015).

Zahlreiche Kampagnen gegen Gewalt gegen Kinder sind von dem zuständigen Bundesministerium für Familie und Jugend, dem Deutschen Kinderschutzbund und anderen Organisationen durchgeführt worden und haben zu einer nachhaltigen Veränderung in den Einstellungen junger Eltern im Vergleich zu früheren Generationen geführt.

24.1.2 Gesundheitsförderung und Chancengleichheit

Neben den Bemühungen um eine Verhaltensprävention müssen vermehrt Anstrengungen im Bereich der Verhältnisprävention unternommen werden: Mit **Verhaltensprävention** ist gemeint, dass individuelle Personen, d. h. hier die Eltern, ihr Verhalten ändern müssen, um Risiken zu vermeiden. Mit **Verhältnisprävention** ist gemeint, dass sich die

gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und Lebensräume von Kindern so ändern müssen, dass Risiken vermindert werden. Die Armutsberichte, Jugendhilfestatistiken und Gesundheitsberichterstattung der Länder machen die Notwendigkeit gesellschaftlicher Veränderungen zur Reduktion von Gewalt ebenso deutlich wie auch die Notwendigkeit, Misshandlungen begünstigende familiäre Stressfaktoren hinsichtlich Finanzen, Wohnverhältnissen und Kommunikation deutlich zu vermindern. Anstrengungen im Bereich der Gesundheitsförderung, der Verbesserung der Chancengleichheit für gesundes Aufwachsen und der frühen Unterstützung von Familien gehören in den Bereich der universellen Prävention oder auch in den Bereich der sekundären/selektiven Prävention, wenn die Angebote und Programme sich in besonderer Weise an Populationen mit hohen Risiken wenden.

Die bestehende Fragmentarisierung von gesundheitlichen, sozialen, kulturellen und Bildungsbedürfnissen von Kindern, abgebildet durch die Gliederung der verschiedenen Sozialgesetzbücher, die derzeitigen Finanzierungssysteme und politischen Zuständigkeiten, erschwert eine umfassende und integrierte Gesundheitsförderung und Prävention. Die Angebote für Kinder, Jugendliche, Familien, ehrenamtliche Helfer und professionelle Fachkräfte sind vielfältig, aber in ihrer Verbreitung, Erreichbarkeit und Zugangsmöglichkeit extrem divers. Prinzipiell fördert Vielfalt die Möglichkeit sehr spezifischer und damit auch passgerechter Hilfen, allerdings ist das Aufsuchen und Auffinden für Betroffene wie Fachkräfte sehr schwierig. Die Qualität der Angebote kann in der Regel von extern nicht eingeschätzt werden, es gibt wenig Transparenz über Erfolge und Misserfolge der Beratungen oder Behandlungen. Ein umfassendes Beschwerdemanagement haben die wenigsten Initiativen und Institutionen etabliert, sodass eine Evaluation durch die Nutzer kaum möglich ist.

Die Gestaltung und Erreichbarkeit der aktuellen psychosozialen und gesundheitlichen präventiven Versorgungsangebote führen dazu, dass sie oft nicht von denen angenommen werden, die sie am meisten benötigen. Dies hat mit der Organisation der Gesundheitsfürsorge als Angebotsstrukturen (sog. Komm-Strukturen: Klient/Patient kommt zur Einrichtung/Praxis) zu tun, die diejenigen mehr in Anspruch nehmen, die ausreichende Ressourcen für die Wahrnehmung eigener Bedürfnisse, Organisation des eigenen Lebens, Motivation und Eigenleistung aufbringen können.

Das Fehlen eines universellen Angebotes, das Zugangswege für alle Familien sichert, und fehlende Kooperation zwischen den Systemen können dazu führen, dass die schwächsten Gruppen durch das Netz gesundheitlicher, sozialer und Bildungsangebote fallen. Verschärft wird die Ungleichheit weiterhin durch regionale Unterschiede in der Versorgung und damit eine ungleiche Verteilung der Qualifikation: Der demografische Wandel und die fehlende Planung im Gesundheitswesen führen dazu, dass für Kinder in ländlichen Gebieten und sozial sehr schwachen Stadtteilen weniger Kinder- und Jugendärzte und Angebote der Gesundheitsförderung in angemessener Entfernung zur Verfügung stehen.

Die aufsuchenden Angebote der Frühen Hilfen sollen in diesem Bereich angesiedelt werden und insbesondere im Bereich der Prävention von sozialer und emotionaler Vernachlässigung wirksam werden (Thyen u. Pott 2015).

Präventive Beratungsangebote

Eltern und Fachkräfte werden vielfach über Online-Plattformen informiert, auch leicht erhältlich über Apps und QR-Codes, die mit Smartphones eingelesen werden können. Die Deutsche Liga für das Kind e.V. engagiert sich für die seelische Gesundheit von Kindern in der Altersgruppe von 0 bis 6 Jahren und hat einen kinderrechtsorientierten Ansatz. Sie informiert monatlich in einem Newsletter über relevante Themen in diesem Kontext (www.liga-kind.de/news/newsletter.php) und hält Informationsmaterialien, eine regelmäßige Zeitschrift mit dem Titel »Frühe Kindheit« und Filme für Eltern bereit. Informationen zur Gesundheits- und Entwicklungsförderung veröffentlicht auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; dort können eine Vielzahl von Informationsmaterialien sowie Begleittexte zu den Früherkennungsuntersuchungen in zahlreichen Sprachen heruntergeladen oder kostenlos bzw. für eine geringe Schutzgebühr

bestellt werden (www.bzga.de/botmed_11130000.html). Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Erziehungsberatungsstellen bietet eine Online-Beratung für Eltern in Erziehungsfragen an (www.bke-beratung.de/~run/). Ob diese Angebote allerdings Familien mit besonders hohem Hilfebedarf erreichen, ist bislang noch nicht evaluiert worden.

24.1.3 Präventionsprogramme für Kinder und Eltern

Allgemeinen Programmen zum Schutz von Kindern vor Gewalt liegen Konzepte zur Stärkung der Selbstwirksamkeit und Förderung der Kompetenzen der Kinder, zum Teil auch der Eltern zugrunde. In der Regel sind sie integrierte Programme, die sowohl die Prävention von Gewalt, Substanzgebrauch als auch von riskantem Gesundheitsverhalten im Blick haben. In der Regel werden diese Programme in Kindertageseinrichtungen und Schulen angeboten. Ihre Wirksamkeit hinsichtlich der Prävention von Substanzmissbrauch (insbesondere Tabakrauchen und Alkoholtrinken) ist wissenschaftlich nachgewiesen, die Wirksamkeit hinsichtlich Gewalt unter Kindern ist für einige spezifische Programme (z. B. Faustlos; Schick u. Cierpka 2003) nachgewiesen. Theoretisch wäre auch eine präventive Wirkung hinsichtlich eigener intrafamiliärer Gewalt, Vernachlässigung oder Missbrauch denkbar; dies ist jedoch (vermutlich auch aufgrund forschungsethischer Problematik) nicht evaluiert worden. Präventionsprogramme, die sich an Eltern richten, sind als kombinierte Eltern- und Kinderprogramme am erfolgversprechendsten. Gerade im Hinblick auf körperliche Misshandlungen haben eine veränderte gesellschaftliche Haltung, das Recht auf gewaltfreie Erziehung und die Stärkung der elterlichen Erziehungskompetenz zu einem deutlichen Rückgang der schweren körperlichen Gewalt geführt.

Spezifische Präventionsprogramme gegen sexuellen Missbrauch sind in den 1980er Jahren entwickelt und verbreitet worden mit dem Ziel, Kinder so zu stärken, dass sie sexuelle Übergriffe erkennen, wissen, dass sie unrechtmäßig geschehen und sich rasch an eine Vertrauensperson wenden. Kernelement aller Ansätze waren Stärkung der Selbstwirksamkeit, »Nein-Sagen-Können« und Selbstbestimmung. Die Wirksamkeit im Sinne eines tatsächlichen Schutzes vor Missbrauch der oft in Kindertagesstätten oder Schulen durchgeführten Programme konnte nicht nachgewiesen werden, es zeigten sich allenfalls unmittelbare Effekte, dass Kinder mehr über sexuellen Missbrauch wussten und mehr darüber gesprochen wurde. An den an Eltern gerichteten Programmen nahmen in der Regel weniger als 50% der Eltern teil, die allerdings über positive Effekte berichteten (Kindler 2015). Kritische Stimmen befürchten negative Auswirkungen bei Kindern, die bereits sexuellen Missbrauch erlebt haben. Die Botschaft, dass starke Kinder, die sich wehren, geschützt sind, kann bei bereits betroffenen Kindern ein Gefühl erzeugen, versagt zu haben, »selbst Schuld« zu sein. Im Übrigen ist die besondere Dynamik von intrafamiliärem Missbrauch nicht ausreichend bedacht worden. Keineswegs handelt es sich in der Regel um gewaltförmige, akute Übergriffe, sondern die Übergriffe sind eingebettet in eine enge emotionale Beziehung zu der missbrauchenden Person (Lohaus u. Trautner 2015).

Die wirksamste Prävention von sexuellem Missbrauch dürfte die individuelle psychotherapeutische Behandlung und Beratung von Opfern sexuellen Missbrauchs sein. Die transgenerationale »Weitergabe« von Missbrauchserfahrungen kann einerseits dazu führen, selbst sexuelle Gewalt auszuüben, d. h. zum Täter zu werden, zum anderen dazu, sexuelle Übergriffe bei den eigenen Kindern nicht wahrzunehmen und sie nicht ausreichend zu schützen. Auch dieser Präventionsansatz ist nicht evaluiert, aber bei der starken Häufung von Missbrauchserfahrung innerhalb von Familien über mehrere Generationen und einer sowohl lerntheoretisch, aber auch tiefenpsychologisch guten theoretischen Fundierung, kann davon ausgegangen werden, dass dieser Ansatz erfolgversprechend ist. Insofern ist insbesondere die Behandlung von jugendlichen Tätern besonders wichtig. Oft kommt durch die Tat eine eigene Leidensgeschichte zu Tage. Es sei allerdings auch darauf hingewiesen, dass psychosexuelle Störungen nicht einfach und nicht immer mit sich einstellendem Erfolg behandelt werden können. Das Rückfallrisiko kann bei verurteilten Tätern nur um etwa ein Drittel reduziert werden (Lösel u. Schmucker 2005, zitiert nach Lohaus u. Trautner 2015).

24.1.4 Frühe Hilfen

Die Frühen Hilfen befinden sich seit 2007 im Auf- und Ausbau, die Finanzierung erfolgt zum größeren Teil aus Bundesmitteln im Rahmen der Bundesinitiative Frühe Hilfen, die 2016 von einem dauerhaft eingerichteten Fonds des BMFSFJ abgelöst wird. Hieraus erfolgen Zuwendungen über die Länder an die Kommunen bei Erfüllung bestimmter Qualitätsstandards, z. B. der Einrichtung einer kommunalen Koordinierungsstelle für die Netzwerke Frühe Hilfen. Der Beirat des NZFH hat 2009 eine Begriffsbestimmung erarbeitet, die 2014 durch ein Leitbild Frühe Hilfen ergänzt wurde. Die Begriffsbestimmung verweist die Arbeit konzeptionell eindeutig in den Bereich der primären und sekundären, d. h. der universellen bzw. selektiven Prävention.

Frühe Hilfen

Frühe Hilfen bilden lokale und regionale Unterstützungssysteme mit koordinierten Hilfsangeboten für Eltern und Kinder ab Beginn der Schwangerschaft und in den ersten Lebensjahren mit einem Schwerpunkt auf der Altersgruppe der 0- bis 3-Jährigen. Sie zielen darauf ab, Entwicklungsmöglichkeiten von Kindern und Eltern in Familie und Gesellschaft frühzeitig und nachhaltig zu verbessern. Neben alltagspraktischer Unterstützung wollen Frühe Hilfen insbesondere einen Beitrag zur Förderung der Beziehungs- und Erziehungskompetenz von (werdenden) Müttern und Vätern leisten. Damit tragen sie maßgeblich zum gesunden Aufwachsen von Kindern bei und sichern deren Rechte auf Schutz, Förderung und Teilhabe. Frühe Hilfen umfassen vielfältige sowohl allgemeine als auch spezifische, aufeinander bezogene und einander ergänzende Angebote und Maßnahmen. Grundlegend sind Angebote, die sich an alle (werdenden) Eltern mit ihren Kindern im Sinne der Gesundheitsförderung richten (universelle/primäre Prävention). Darüber hinaus wenden sich Frühe Hilfen insbesondere an Familien in Problemlagen (selektive/sekundäre Prävention). Frühe Hilfen tragen in der Arbeit mit den Familien dazu bei, dass Risiken für das Wohl und die Entwicklung des Kindes frühzeitig wahrgenommen und reduziert werden. Wenn die Hilfen nicht ausreichen, eine Gefährdung des Kindeswohls abzuwenden, sorgen Frühe Hilfen dafür, dass weitere Maßnahmen zum Schutz des Kindes ergriffen werden. Frühe Hilfen basieren vor allem auf multiprofessioneller Kooperation, beziehen aber auch bürgerschaftliches Engagement und die Stärkung sozialer Netzwerke von Familien mit ein. Zentral für die praktische Umsetzung Früher Hilfen ist deshalb eine enge Vernetzung und Kooperation von Institutionen und Angeboten aus den Bereichen der Schwangerschaftsberatung, des Gesundheitswesens, der interdisziplinären Frühförderung, der Kinder- und Jugendhilfe und weiterer sozialer Dienste. Frühe Hilfen haben dabei sowohl das Ziel, die flächendeckende Versorgung von Familien mit bedarfsgerechten Unterstützungsangeboten voranzutreiben, als auch die Qualität der Versorgung zu verbessern. (NZFH 2009)

Erfahrungsgemäß sind Familien zum Zeitpunkt der Geburt eines Kindes besonders zugänglich für Unterstützung und offen für Veränderungen. Ein Schwerpunkt primär präventiver Bemühungen sollte daher im Bereich der frühen Elternschaft liegen. Dies kann eine Kontaktaufnahme bereits im Rahmen der Schwangerschaft, zum Zeitpunkt der Entbindung oder der ärztlichen Früherkennungsmaßnahmen durch den Kinderarzt oder zu Hause durch aufsuchende Hilfen wie Hebammen oder Kinderkrankenschwestern bedeuten. In einem primär präventiven Ansatz haben solche Angebote keinen stigmatisierenden Charakter, da sie sich an alle Bevölkerungsgruppen wenden und primär als Unterstützung und weniger als Kontrollmaßnahmen verstanden werden können. Werden besondere Risikokonstellationen erkannt, können adaptiert an die Bedürfnisse der Familie Maßnahmen der sekundären Prävention ergriffen werden. Betreuende Fachleute können gezielt an Einrichtungen der sozialen Dienste und Beratungsstellen vermitteln, die besonders für junge Familien zur Verfügung stehen.

Zahlreiche Modellprojekte erproben Schnittstellen zum Gesundheitswesen. Dazu gehören in erster Linie Projekte, die darauf abzielen, werdende Eltern in der Geburtsklinik zu erreichen, beispielsweise durch eine zusätzliche sozialpädagogische Kraft wie im bundesweit verbreiteten Projekt »Babylotse« (www.fruehehilfen.de/fruehe-hilfen/modellprojekte-fruehe-hilfen/babylotse-plus-charite-berlin/) oder dem Projekt »Guter Start in die Familie«, durch das Fachkräfte in Geburtskliniken befähigt werden, Hilfebedarf feinfühlig wahrzunehmen, Gespräche anzubieten und mit einem Netzwerk zusammenzuarbeiten. Dazu wurde ein Lehrfilm zusammengestellt, der neben anderen Kapiteln auch einen Abschnitt über Frühe Hilfen in der kinderärztlichen Praxis enthält. Der Film und die Begleitbroschüre kann von Fachkräften kostenlos über www.fruehehilfen.de/serviceangebote-des-nzfh/materialien/publikationen/guter-start-in-die-familie/ bestellt werden.

24.2 Sekundäre Prävention und vorbeugende Beratung

Bestimmte Gruppen (vulnerable Populationen) bedürfen in der Betreuung besonderer Zuwendung (sekundäre Prävention). Die frühe Identifikation dieser Familien ergibt sich aus den genannten Risikofaktoren und dem Verständnis psychodynamischer Entwicklungen in gewaltbelasteten Familien (▶ Kap. 13.4.3).

Auf allen Ebenen der Prävention können Kinder, Eltern und Fachkräfte aufgeklärt, beraten und in ihren Kompetenzen gestärkt werden, damit Gewalt und Vernachlässigung vermieden, gemindert, frühzeitig erkannt und Fortsetzung verhindert werden kann. Dies gilt für alle Formen der Vernachlässigung und Misshandlung, wenn auch Konzepte und deren Umsetzung sehr unterschiedlich ausfallen müssen.

Kinderärztliche Früherkennungsuntersuchungen

Die kinderärztlichen Früherkennungsuntersuchungen können in begrenztem Umfang im Sinne der primären und sekundären Prävention genutzt werden. Das anamnestische Gespräch über psychosoziale Belastungen und Risiken, die Entwicklung des Kindes und die familiäre Situation sowie die teilnehmende Beobachtung in der Arztpraxis geben wichtige Informationen über die Lebensumstände der Familie: finanzielle Ressourcen, Wohn- und Arbeitsbedingungen, soziale Unterstützungssysteme, Abwesenheit eines Elternteils, soziale Isolation, wiederholte Ortswechsel und Leben in Armut gehören dazu ebenso wie die erzählte Lebensgeschichte und die Gesundheit und Vitalität der Eltern.

Mit einem solchen anamnestischen Gespräch, das sich insbesondere bei neuen Patienten und Neugeborenen mit beiden Eltern anbietet, sammelt der Kinderarzt nicht nur wichtige Informationen, sondern signalisiert gleichzeitig sein Interesse und seine Anteilnahme. Anteilnehmende Beobachtung und Im-Gespräch-bleiben mit der Familie ist eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg vorbeugender Maßnahmen.

In Bezug auf die Kinder erscheint es hilfreich, die Eltern durch frühzeitige, sozusagen antizipatorische Aufklärung über normale Phasen der Entwicklung und häufige Übergangsschwierigkeiten von einer Entwicklungsphase zur nächsten zu unterstützen. Bei dieser Beratung wird gleichfalls deutlich, ob die Erwartungen der Eltern an das Kind realistisch sind und ob die Erziehungshaltung der Eltern unmäßig rigide und starr erscheint. In den Hinweisen zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung wird als Hauptziel in der Betreuung genannt, das Vertrauen der Eltern, v. a. der Mütter, in ihre eigenen Fähigkeiten zu stärken. Gegebenenfalls sollen weitere soziale oder psychologische Hilfen vermittelt werden.

»Verpflichtende« oder »verbindliche« Vorsorgeuntersuchungen

Seit der letzten Auflage dieses Buches sind in fast allen Bundesländern Gesetze erlassen worden, die ein sogenanntes verbindliches Einladewesen vorsehen. Durch ein relativ aufwendiges Meldesystem der Nicht-Teilnahme erfolgt bei »säumigen« Familien eine Beratung durch Mitarbeiter/innen der Jugend- oder Gesundheitsämter. Während inzwischen allgemein anerkannt wird, dass diese Maßnahme nicht geeignet ist, akute Fälle von Kindes-

misshandlung und -vernachlässigung zu verhüten, hat sie jedoch den Zugang von sozial benachteiligten Kindern oder solchen mit Migrationsbiografie zu den Früherkennungsuntersuchungen deutlich verbessert. So könnten vermehrt Kinder mit Entwicklungsdefiziten aus sozial benachteiligten Gruppen erkannt und einer Behandlung zugeführt werden.

Im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen für Kinder in der kinderärztlichen Praxis werden Neugeborene und Säuglinge mindestens 4-mal, Kleinkinder zwischen 1 und 3 Jahren mindestens 2-mal pro Jahr in der Praxis gesehen.

Die Forderung, dass Kinder- und Jugendärzte sich zu Anwälten für das Kindeswohl und die Umsetzung der Kinderrechte machen, gilt weltweit, erfährt in unserem Land jedoch eine besondere Akzentuierung, weil in den ersten drei Lebensjahren kein universeller Zugang zu Familien durch soziale oder pädagogische Dienste vorhanden ist.

Bei den Früherkennungsuntersuchungen im Kindesalter handelt es sich um ein freiwilliges Angebot der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungen an ihre Versicherten (Thyen 2014). Ziel ist die Früherkennung von Erkrankungen, die durch eine frühe Intervention erfolgreicher behandelt und ggf. geheilt werden können. Es handelt sich damit um Maßnahmen im Bereich der sekundären Prävention. Der Schwerpunkt der Früherkennungsuntersuchung lag bislang eindeutig im Bereich der Erkennung somatischer Erkrankungen. Zunehmend wird deutlich, dass die Entwicklungsstörungen im Bereich der Motorik, Sprache und der seelischen Entwicklung ein hohes Gesundheitsrisiko darstellen. Bislang sind in die Früherkennungsuntersuchungen keine Instrumente zur Diagnostik dieser Störungen integriert. Es sind daher Forderungen zur Überarbeitung des Programms formuliert worden, die derzeit im gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen besprochen werden. Da es sich um ein Instrument zur Früherkennung von Krankheiten handelt, ist die Integration einer vorbeugenden Beratung im Sinne der primären Prävention und Gesundheitsförderung zunächst nicht geplant. Im Rahmen des neuen Präventionsgesetzes (§20 SGB V) kann allerdings eine individuelle Präventionsempfehlung ausgesprochen werden. Die Ausgestaltung dieser Empfehlung ist derzeit noch nicht geklärt.

■ Risikoscreening

Für die Früherkennung von Risiken für Misshandlung oder Vernachlässigung stehen Checklisten oder andere Screening-Maßnahmen zur Verfügung. Insbesondere seit der § 8a des Kinder- und Jugendhilfegesetzes (KJHG) in Kraft getreten ist, haben zahlreiche Jugendämter Screening- und Dokumentationsbögen entwickelt. Das bekannteste Beispiel ist der Stuttgarter Kinderschutzbogen (Reich 2005). Darin werden Fragen zur Grundversorgung und zum Schutz des Kindes, zur körperlichen und psychischen Erscheinung des Kindes und zur Kooperationsbereitschaft der Eltern gestellt. Diese Screening- oder Dokumentationsbögen sind in der Hand von Fachleuten aus der Jugendhilfe eine geeignete Arbeitshilfe, können aber nicht durch weniger kompetente Berufsgruppen oder gar Laien eingesetzt werden. Die Fragebögen können in der Regel die Komplexität des Zusammenwirkens von persönlichen und umweltbezogenen Risikofaktoren und protektiven Faktoren nicht abbilden, sondern ermöglichen eine selektive Präventionsstrategie. Sie sollen Familien frühzeitig identifizieren, die einen erhöhten Hilfebedarf haben. Ein wissenschaftliches Review zum Einsatz von standardisierten Fragebögen in der Früherkennung von Kindesmisshandlung und Vernachlässigung ergab, dass Screeninginstrumente eine geringe Spezifität und niedrigen prädiktiven Wert haben (Kindler 2010). Zuletzt hatte der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) mit Beschluss vom 13.09.2007 die Aufnahme entsprechender Regelungen in die Richtlinien zu den Kindervorsorgeuntersuchungen abgelehnt, sowohl mit dem Hinweis auf fehlende Spezifität, als auch mit einem Hinweis auf potenzielle negative Nebenwirkungen durch Stigmatisierung und fehlende Evidenz für die Wirksamkeit von Interventionen (Bundesministerium für Gesundheit 2007).

Im Rahmen eines Modellprojektes am Universitätsklinikum Freiburg und einigen süddeutschen Kinderarztpraxen wird derzeit die Verwendung eines pädiatrischen Anhaltbogens für den erhöhten Hilfebedarf von Familien erprobt. Erfasst werden kindbezogene Auffälligkeiten, soziale Belastungen der Hauptbezugspersonen und Beobachtungen in der Eltern-Kind-Interaktion. Die Intervention besteht dann in einer Überleitung an das entsprechen-

de lokale Netzwerk der Frühen Hilfen (Martens-Le Bouar et al. 2013).

24.2.1 Besonders vulnerable Gruppen

Kinder mit Beziehungswechseln

Diese Stief-, Adoptions- oder Pflegekinder verdienen besondere Aufmerksamkeit und Unterstützung, insbesondere gilt dies für Kinder, die mit alleinerziehenden Müttern und wechselnden männlichen Bezugspersonen leben. Frühe soziale Hilfe, zu denen Kinderärzte den Anstoß geben können, schließen Frühförderung, Tagesbetreuung und verschiedene entwicklungsfördernde Therapien ein. Für Kinder jeden Alters sind soziale Erfahrungen sehr wichtig, Kindergartenbesuch und v. a. regelmäßiger Schulbesuch sind für die Integration des Kindes bedeutsam. Die Betreuung von Pflegekindern mit wiederholtem Verlust von Bindungspersonen und Erfahrungen von Misshandlung und Vernachlässigung verlangt in der Regel eine interdisziplinäre sozialpädiatrische oder sozialpsychiatrische Betreuung.

Jugendliche

Die Jugendlichen von heute sind die Eltern von morgen. Die kinderärztliche Beziehung zu jugendlichen Patienten muss intensiv und aktiv gestaltet werden. Abgesehen von den Jugendlichen mit chronischen Leiden oder Behinderungen leiden Jugendliche eher selten an körperlichen Erkrankungen. Das Angebot gegenüber Jugendlichen muss sich beziehen auf

- ihre Besorgnisse und Fragen zur körperlichen Entwicklung in der Pubertät,
- das Wachstum und die äußere Erscheinung,
- Ess- bzw. Ernährungsgewohnheiten,
- sportliche Aktivität,
- Sexualität,
- Schwangerschaftsverhütung,
- sexuell übertragbare Krankheiten,
- Schulschwierigkeiten und familiäre Konflikte,
- Suchtmittelmissbrauch (Alkohol, Drogen etc.).

Diese Aspekte können bei den Früherkennungsuntersuchungen J1 und J2 angesprochen werden. Jugendliche brauchen Unterstützung und Verständnis beim Heranwachsen; allein die Tatsache, dass man nach den Jugendlichen fragt und Interesse bekundet, kann von großer Bedeutung sein. Individuelle Gespräche, aber auch Gruppenangebote, z. B. in Schule und Freizeit- sowie Sporteinrichtungen, bieten die Möglichkeit zu gesundheitlicher Aufklärung, Verstärkung von Autonomie und Eigenverantwortung und gezielten Angeboten zur therapeutischen Intervention in Einzelfällen. Diese Maßnahmen mögen dazu beitragen, verfrühte Schwangerschaften, Gewalterfahrung in Beziehungen, sexuell übertragbare Krankheiten und Schulversagen zu vermeiden.

Spezifische Präventionsangebote für Jugendliche sollten die neuen Medien nutzen, beispielsweise Smart-Phone-Apps, die rasch Informationen bieten über telefonische oder internetbasierte Informationen, Beratungsangebote, Schutz vor Mobbing, insbesondere auch durch die sozialen Medien. Das BMFSFJ hat eine Internetseite gestartet, an die sich Kinder und Jugendliche wenden können, wenn sie sich bedroht, verängstigt oder gemobbt fühlen (www.jugend.support/). Auch auf der durch das BMFSFJ geförderten Seite I-KIZ (www.i-kiz.de) findet sich eine Seite für Jugendliche, die zum Sorgentelefon für Kinder und Jugendliche, die peer-Beratung und die E-Mail-Beratung weiterleitet. Auf der Seite »Trau Dich« finden Jugendliche spezifische Hinweise für den Umgang mit sexuellem Missbrauch (www.trau-dich.de). Auch auf der Seite der Bundesarbeitsgemeinschaft der Erziehungsberatungsstellen gibt es eine Online-Beratung für Eltern, aber auch für Kinder und Jugendliche, und Foren zum Austausch (www.bke-beratung.de/~run/).

Kinder und Jugendliche sind auch im Umgang mit den neuen Medien vor Herausforderungen gestellt, sich selbst vor Gewalt zu schützen und auch ein angemessenes Verhalten gegenüber anderen einzuüben. Informationen für Betroffene, aber auch Eltern, Erzieher und Lehrer bietet die Online-Plattform www.klicksafe.de. Um die sichere Nutzung moderner Kommunikationsmittel zu fördern und Verbraucher(innen) vor unerwünschten Inhalten zu schützen, startete die EU 1999 das »Safer Internet Programm« mit einem Aktionsplan, dessen Schwerpunkte die Bekämpfung von illegalen, unerwünschten oder schädlichen Inhalten sowie die Förderung eines sicheren Umfelds und die Sensibilisierung sind.

Mütter

Insbesondere junge Mütter sind in gewaltbelasteten Familien häufig auch Opfer von Misshandlungen. Da viele Frauen weiterhin in ökonomischer und sozialer Abhängigkeit von Ehemännern und Partnern leben und andererseits den überwiegenden Anteil an der Kindererziehung leisten, müssen im Interesse der Kinder Hinweise auf Gewalterfahrungen der Mütter verfolgt und diese Mütter befragt werden. Mütter, die von Gewalt betroffen sind, sollten angesprochen werden, ob sie Hilfe brauchen. Im Zweifel bietet sich auch an, einen entsprechenden Informationsflyer oder eine Internetadresse mitzugeben, beispielsweise vom Bundesverband Frauenberatungsstellen und Frauennotrufe (www.frauen-gegen-gewalt.de/). Alle Eltern sollten darüber aufgeklärt werden, wie bedeutsam eine liebevolle Hinwendung zum Kind und ein reiches Kommunikationsangebot für die positive Entwicklung des Kindes sind. Dies bedeutet, dass v. a. Mütter mit höherem Risiko einer depressiven Entwicklung ermutigt werden sollten, sich für sich selbst und damit für ihr Kind frühzeitig Hilfe und Unterstützung zu suchen (▶ Kap. 21).

In den letzten Jahren sind im Rahmen niedrigschwelliger früher Hilfen im Sinne der sekundären Prävention zahlreiche nachbarschaftsnahe soziale Angebote entstanden, die von Eltern-Kind-Gruppen über Elterncafés, Familienbildungsstätten und Tauschbörsen bis zu Elternschulen reichen. In der Regel können diese Angebote in jeder Kommune über das Stichwort »Frühe Hilfen« abgerufen werden. Für werdende Eltern stehen die Schwangerschaftsberatungsstellen mit ihren vielfältigen, niedrigschwelligen und kostenlosen Angeboten zur Verfügung.

24.2.2 Familien mit Migrationshintergrund

In der Versorgung von Familien mit Migrationshintergrund bedarf es besonderer Offenheit und Reflexion des eigenen kulturellen Hintergrundes. Die Tatsache, dass eine Familie eine Migrationsgeschichte hat, bedeutet heute Normalität und trifft auf 20% aller Kinder zu; die großen Städte sind bereits multikulturell bzw. multiethnisch. Dennoch bedarf es eines migrationssensiblen Kinderschutzes, da viele junge Menschen aus Familien mit Migrationsbiografie ungünstigen Entwicklungsbedingungen ausgesetzt sind. Die Probleme sind vielfältig und reichen von sehr akut traumatisierten Kindern, die mit ihren Familien (oder auch ohne sie) auf der Flucht sind und Misshandlungen, Vergewaltigungen und vielen körperlichen und emotionalen Entbehrungen ausgesetzt waren. Aber auch Familien, die schon in zweiter oder dritter Generation in Deutschland leben, haben möglicherweise nachhaltige Schwierigkeiten in der Akkulturation. Dies gilt allerdings auch für die unterschiedlichen Subkulturen innerhalb der deutschstämmigen Bevölkerung im Sinne von marginalisierten Gruppen. Traditionelle Vorstellungen von Erziehung, ängstliches Abschotten vor als zu liberal empfundenen Regeln oder religiös-fundamentalistische Einstellungen müssen erfragt und vorurteilsfrei zur Kenntnis genommen werden (Uslucan 2010). In einem nächsten Schritt können diese Haltungen in Bezug auf die Entwicklungschancen des Kindes in dieser Gesellschaft besprochen werden. Es bedarf keiner spezifischen Kenntnisse aller Kulturen der Welt, aber einer Offenheit und tatsächlichem Interesse am anderen. Eine Frage wie »In meiner Familie/Dorf/Stadt ist es so – wie ist es bei Ihnen?« kann den Zugang eröffnen. Die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin hat aktuell Standards für eine kultursensible Versorgung von Eltern und Kindern mit Migrationshintergrund in einem Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) entwickelt und bemüht sich seit vielen Jahren um die Weiterentwicklung eines »transkulturellen« Ansatzes in der Kinder- und Jugendmedizin.

24.3 Präventionsangebote für potenzielle Täter und Dunkelfeldtäter

Im Interesse, den Schutz von Kindern und Jugendlichen vor sexuellen Übergriffen zu verbessern, sind Programme entwickelt worden, Männer mit pädophilen Neigungen und Internetkonsum von Kinderpornografie frühzeitig zu einer Behandlung zu motivieren. Auch wenn bekannt ist, dass die Therapie von Paraphilien oft schwierig ist, sollen hier die betroffenen Männern unterstützt werden, abstinent

zu sein und zu bleiben. Damit soll diese Gruppe von Erwachsenen darin unterstützt werden, keine (weiteren) sexuellen Übergriffe zu begehen. Ein Netzwerk solcher Beratungsstellen wird aktuell von der Bundesregierung unterstützt. (www.kein-taeter-werden.de/). Hinzu kommen einige weitere Beratungsstellen außerhalb dieses Netzwerkes, die ebenfalls außerhalb von Strafverfahren, wenn auch in der Zusammenarbeit mit anderen Hilfeinstitutionen (z. B. Jugendamt) und unter Erarbeitung von Sicherheitsplänen für bedrohte Kinder im Umfeld des Täters, ambulante Therapiegruppen für Missbrauchstäter durchführen. Die bislang aus diesen Projekten vorliegenden Befunde zeigen, dass es eine Gruppe gefährdeter Personen gibt, die aktuell keine Strafverfolgung erleben (»Dunkelfeldtäter«), aber trotzdem aktiv daran arbeiten wollen, keine (weiteren) sexuellen Übergriffe zu begehen (Neutze et al. 2012). Allerdings stehen keine Langzeitergebnisse zur Verfügung, inwieweit tatsächlich dadurch Kinder geschützt werden. Kritiker bemängeln, dass Männer unter der laufenden Behandlung weiter Kinderpornografie nutzen und Kinder sexuell missbrauchen und dies durch die zugesicherte Anonymität bzw. vollständige Verpflichtung zur Verschwiegenheit verdeckt werde. Das Programm, das zunächst an der Charité in Berlin entwickelt wurde, wird aktuell auch in anderen sexualmedizinischen/forensischen Abteilungen angeboten, z. B. den Universitäten Kiel und Gießen.

Prävention von sexuellem Missbrauch in Institutionen

Eine weitere Zielgruppe für Prävention von sexuellem Missbrauch sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Institutionen. Dabei handelt es sich zum einen ggf. um Information und Abschreckung potenzieller Täter, die sich möglicherweise einen Kind-nahen Arbeitsplatz aus Neigung gesucht haben. Sie können durch die Präventions- und Schutzprojekte in Institutionen frühzeitig erreicht und informiert werden. Ein zentrales Element in Institutionen ist auch die stärkere Kontrolle hinsichtlich eines polizeilichen Führungszeugnisses und der Erarbeitung von hausinternen Schutzkonzepten und Verfahrensregelungen.

Die institutionsbezogenen Präventionskonzepte beinhalten in der Regel verschiedene Komponenten, die zusammenwirken sollen. Dazu gehören hausinterne regelmäßige Fort- und Weiterbildungen und Supervision; Dienstanweisungen und Regeln, die im Hinblick auf den Umgang mit Sexualität und Nähe Orientierung bieten; Hinweise für Personalauswahl und -entwicklung; durchdachte Ablaufpläne für den Umgang mit Verdachtsfällen und »Whistleblowern«; die Schaffung von Beschwerdemöglichkeiten für betreute Kinder und Jugendliche; Präventionsangebote für Kinder und Jugendliche in den Einrichtungen sowie ein Qualitätsmanagement, um das Präventionskonzept immer wieder mit Leben zu füllen (Fegert et al. 2015a, b). Von der AG Kinderschutz in der Medizin wurde 2014 ein entsprechender Leitfaden zum Aufbau eines Präventionskonzeptes gegen sexuellen Missbrauch in Kinderkliniken entwickelt (von Bismarck 2014).

Aktuell wird vom BMFSFJ ein Modellprojekt gefördert und von der Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGfPI) koordiniert, das insbesondere Kinder und Jugendliche mit Behinderungen im Blick hat: BeSt – Beraten & Stärken ist ein bundesweites Modellprojekt 2015 bis 2018 zum Schutz von Mädchen und Jungen mit Behinderung vor sexualisierter Gewalt in Institutionen. Ziel des Modellprojektes ist die gezielte und nachhaltige Verbesserung des Schutzes von Mädchen und Jungen mit Behinderung vor sexualisierter Gewalt in Einrichtungen. Hierzu sollen von 2015 bis 2018 modellhaft in bundesweit 80 bis 100 Einrichtungen, in denen Mädchen und Jungen mit Behinderung leben und betreut werden, zentrale Maßnahmen durchgeführt werden: www.dgfpi.de/best-beraten-und-staerken-bundesweites-modellprojekt-2015-2018.html

Auch die Kirchen haben sich der Prävention und einem verbesserten Umgang mit Verdachtsfällen zugewandt. Die Deutsche Bischofskonferenz hat eine Präventionsordnung verabschiedet, die sowohl für Professionelle als auch für Laien im kirchlichen Dienst gültig ist (www.dbk.de/themen/thema-sexueller-missbrauch/). Auch die Evangelische Kirche Deutschlands (EKD) bietet zahlreiche Handreichungen für Mitarbeiter, Beratungsangebote für Betroffene und gibt die Broschüre »Hinschauen-Helfen-Handeln« heraus. Die EKD hat

sich in einer Vereinbarung mit dem Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs verpflichtet, die Leitlinien des Runden Tisches »Sexueller Kindesmissbrauch« zu Prävention, Intervention und Aufarbeitung bei der Entwicklung und Weiterentwicklung von Präventionskonzepten zu berücksichtigen (www.ekd.de/missbrauch/). Die EKD unterstützt die Kampagne »Kein Raum für Missbrauch« des Unabhängigen Beauftragten für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs (www.kein-raum-fuer-missbrauch.de/).

Literatur (Kapitel 21–24)

Bentovim A, Elton A, Tranter M (1987) Prognosis for rehabilitation after abuse. Adoption and Fostering 34: 821–826

Bundesministerum für Gesundheit (2007) Bekanntmachung eines Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses zu den Kinder-Richtlinien: Screening auf Kindesmisshandlung/Kindes-vernachlässigung/Kindesmissbrauch. Bundesanzeiger 234: 8268

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend; Bundesministerium der Justiz (2003) Gewaltfreie Erziehung – Eine Bilanz nach Einführung des Rechts auf gewaltfreie Erziehung. Quelle: http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/gewaltfreie-erziehung-bussmann-deutsch,property=pdf.pdf

Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz (2014) Broschüre Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch in einer Einrichtung – Was ist zu tun? Fragen und Antworten zu den Leitlinien zur Einschaltung der Strafverfolgungsbehörden. https://www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BMJ/Verdacht_Kindesmissbrauch_Einrichtung_6689304.html

Deegener G, Körmer W (2011) Risiko und Schutzfaktoren – Grundlagen und Gegenstand psychologicher, medizinischer und sozialpädagogischer Diagnostik im Kinderschutz. In: Körner W, Deegener G. Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 201–250

Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM), Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) (Hrsg.) (2016) Empfehlungen zu Kinderschutz an Kliniken. Bonn, Kassel, Berlin; laufend aktualisiert, Erstausgabe 2010; aktuelle Version 1.6; Abruf unter www.ag-kim.de/index.php?id=163

Ellsäßer G, Cartheuser C (2006) Befragung zur Wahrnehmung von Gewalt gegen Kinder und zur Nutzung des Leitfadens »Gewalt gegen Kinder und Jugendliche« durch Brandenburger Kinderärzte. Das Gesundheitswesen 68: 265–270

Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (Hrsg.) (2015a) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer Verlag Heidelberg

Fegert JM, Wolff M (Hrsg.) (2015b) Kompendium »Sexueller Missbrauch in Institutionen«. Entstehungsbedingungen, Prävention und Intervention. Beltz Juventa, Weinheim, Basel

Herbert Grundhewer, von Bismarck S, Häßler F, Herrmann B, Thyen U (2013) Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DAKJ) (Hrsg.) Praxisleitfaden Kindesmisshandlung. Vorgehen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis. www.dakj.de/media/stellungnahmen/dakj/2013-dakj-kindesmisshandlung-praxisleitfaden.pdf

Habetha S, Bleich S, Sievers C, Marschall U, Weidenhammer J, Fegert JM (2012) Deutsche Traumafolgekostenstudie. Kiel, Schmidt & Klaunig, Schriftenreihe / IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH Kiel, Bd. III

Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, Bates G, Mikton C, Shakespeare T, Officer A (2012) Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Lancet 380: 899–907

Kinderschutz-Zentrum Berlin (2009) Kindesmisshandlung. Erkennen und Helfen. 11. überarbeitete Aufl., Berlin: Kinderschutz-Zentrum

Kindler H, Lillig S, Blüml H, Meysen T, Werner A (Hrsg.) (2006) Handbuch Kindeswohlgefährdung nach § 1666 BGB und Allgemeiner Sozialer Dienst (ASD), München: Deutsches Jugendinstitut

Kindler H (2015) Prävention von sexuellem Missbrauch – Möglichkeiten und Grenzen. In: Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (Hrsg.) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer Verlag Heidelberg, S. 351–362

Lohaus A, Trautner HM (2015) Präventionsprogramme und ihre Wirksamkeit zur Verhinderung sexuellen Missbrauchs. In: Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (Hrsg.) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer, S 709–724

Landzettel HJ (1990) Zum Thema Kindesmisshandlung – Erste Ergebnisse einer Fragebogenaktion der hessischen Kinderärzte. Der Kinderarzt 21: 1301–1305

Martens-Le Bouar H, Renner I, Belzer F, Barth M, Krippeit L, Ufer J, Friedmann A, Ziegler M, von Kries R, Paul M, Mall V; gemeinsam mit der Expertengruppe Frühe Hilfen (2013) Erfassung psychosozialer Belastungen in den Früherkennungsuntersuchungen im 1. Lebensjahr. Kinderärztl Prax 84: 94–100

Metzner F, Pawils S (2011) Zum Einsatz von Risikoinventaren bei Kindeswohlgefährdung. In: Körner W, Deegener G. Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich, S. 251–277

Mörsberger T, Restemeier J (Hrsg.) (1997) Helfen mit Risiko. Zur Pflichtenstellung des Jugendamtes bei Kindesvernachlässigung. Neuwied, Kriftel, Berlin

Neutze J, Grundmann D, Scherner G, Beier KM (2012) Undetected and detected child sexual abuse and child pornography offenders. Int J Law Psychiatry 35: 168–175

Reich W (2005) Der Stuttgarter Kinderschutzbogen. Ein Diagnoseinstrument bei Kindeswohlgefährdung. Kinderärztliche Praxis 76: 370–377

Salgo L (2007) § 8a SGB VIII – Anmerkungen und Überlegungen zur Vorgeschichte und die Konsequenzen der Gesetzesänderung. In: Ziegenhain U, Fegert JM (Hrsg.) Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung. Reinhardt, München, S 9–29

Schick A,, Cierpka M (2003) Faustlos: Evaluation eines Curriculums zur Förderung sozial-emotionaler Kompetenzen und zur Gewaltprävention in der Grundschule. Kindheit und Entwicklung 12 (2): 100–110

Seifert D, Heinemann A, Püschel K (2006) Frauen und Kinder als Opfer häuslicher Gewalt. Dtsch Ärztebl 103: B1872–1878

Thyen U, Meysen T, Dörries A (2010) Kinderschutz im Spannungsfeld ärztlichen Handelns. In: Suess GJ, Hammer W (Hrsg.) Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten. Klett-Cotta, Stuttgart, S 126–149

Thyen U, Kirchhofer F, Wattam C (2000) Gewalterfahrung in der Kindheit – Risiken und gesundheitliche Folgen. Das Gesundheitswesen 62: 311–319

Thyen U (2014) Sekundäre Prävention im Kindes- und Jugendalter in Deutschland. Die Früherkennungsuntersuchungen U1–J2. Monatsschr Kinderheilkd 162: 518–526, DOI 10.1007/s00112-013-3068-3

Übereinkommen über die Rechte des Kindes. UN-Kinderrechtskonvention im Wortlaut (Texte in Amtlicher Übersetzung) vom 20. November 1989, am 26.01.1990 von der Bundesrepublik Deutschland unterzeichnet. Zustimmung von Bundestag und Bundesrat durch Gesetz vom 17. Februar 1992 – BGB1. II S. 121

Uslucan HH (2010) Kinderschutz im Spannungsfeld unterschiedlicher kultureller Kontexte. In: Suess GJ, Hammer W (Hrsg.) Kinderschutz. Risiken erkennen, Spannungsverhältnisse gestalten. Klett-Cotta, Stuttgart, S 150-165

von Bismarck S und AG KiM (2014) Leitfaden zum Aufbau eines Präventionskonzeptes gegen sexuellen Missbrauch in Kinderkliniken. Berlin, Bonn. Download unter: http://ag-kim.de/index.php?id=163

Walper S, Kindler H.(2015) Partnergewalt. In: Melzer W, Hermann D, Sandfuchs D, Schäfer M, Schubarth W, Daschner P (Hrsg.) Handbuch Aggression, Gewalt und Kriminalität bei Kindern und Jugendlichen. Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn

Wetzels P (1997) Gewalterfahrungen in der Kindheit. Sexueller Mißbrauch, körperliche Mißhandlung und deren langfristige Konsequenzen. Interdisziplinäre Beiträge zur kriminologischen Forschung, Band 8. Verlagsgesellschaft, Baden-Baden

Zenz G (1981) Kindesmisshandlung und Kindesrechte. Erfahrungswissen, Normstruktur, Entscheidungsrationalität. 1. Auflage, Suhrkamp, Frankfurt a. M.

Serviceteil



B. Herrmann et al., *Kindesmisshandlung*,
DOI 10.1007/978-3-662-48844-7, © Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

A Anhang

A.1 Terminologie und Übersetzungen

Tab. A.1 Terminologie und Übersetzungen

Battered Child Syndrome	Wörtlich »geschlagenes, verprügeltes Kind«; von C.Henry Kempe 1961 eingeführte und bewusst plakativ gewählte Bezeichnung für Kinder mit Frakturen und subduralen Hämatomen; sollte heutzutage **nicht** mehr synonym für Kindesmisshandlung und -vernachlässigung benutzt werden
Brüchigkeit *(»Friability«)* der → **posterior Fourchette**	Durch Traktion iatrogen bewirkte oberflächliche Hauteinrisse zwischen hinterer Kommissur und Fossa navicularis
Diastasis ani	Median gelegener, glatt-atroph wirkender Bereich perianal
Fossa navicularis (Fossa vestibuli vaginalis)	Scheidengrube; an der Basis des Hymens beginnender, bis zur → Posterior Fourchette sich erstreckender Bereich des Scheidenbodens
Hymen	Nach Duden (2006): Hymen, das, auch der; (Med. Jungfernhäutchen) Nach Pschyrembel (2002): gr. ὑμήν, m; Häutchen; sog. Jungfernhäutchen, Schleimhautfalte am Scheideneingang mit kleiner Öffnung Nach Brockhaus (2004): von Hymenaios, griech. Gott der Ehe; gleichermaßen aber auch das Hymen oder Jungfernhäutchen Nach Brockhaus 1956: griech. Hochzeitsgott; griech. Hochzeitsgesang; Jungfernhäutchen: Schleimhautfalte, die die Scheide des Mädchens nach außen hin verengt, wird durch den Geschlechtsverkehr zerstört; Embryologie: Überbleibsel der Vaginalplatte am Ort der Fusion des Müller-Ganges mit dem Sinus urogenitalis (▶ Kap. 9.1.2; unterschiedliche Konfigurationen bzw. → Hymenalvarianten möglich)
Hymenalanhängsel *(»Hymenal tags«)*	Schmalbasige Überschussbildungen des Hymenalgewebes, die sich polypartig nach außen, seltener auch nach innen vorwölben; terminologisch ist »Polyp« falsch! Abgrenzen von einem Vaginalpolyp, aus dem Scheideninneren
Hymenale Aufwerfungen *(»Bumps and mounds«)*	Breitbasige, hügelartige lokalisierte Erhöhungen des Hymenalsaums
Hymenalsaum	Kraniale obere Begrenzung oder Rand des Hymens
Hymenalvarianten (kongenitale) semilunär *(»crescentic«)* anulär *(»annular«)* wulstig *(»redundant, fimbriated«)* septiert *(»septate«)* cribriform *(»cribriform«)* atretisch *(»imperforate«)*	 halbmondförmig ringförmig östrogenisiert septiert mikroperforiert nicht eröffnet (Hymenalatresie, -verschluss)
Intravaginale Längsgrate *(»Intravaginal ridges«)*	Intravaginal längs verlaufende Schleimhautfalten, im Gegensatz zu quer verlaufenden Rugae; Längsgrate können, wenn sie an das Hymen reichen, dort Vorsprünge oder → Projektionen erzeugen
Introitus *(»Hymenal opening«)*	Lat. »Eintritt, Eingang«; äußerer, distaler Beginn und Öffnung des Vaginalkanals; teils wird nur der nicht vom Hymen bedeckte Anteil der Vaginalöffnung darunter verstanden
Kerbe des Hymens *(»Notch«)*	V-förmige Unterbrechung der Kontinuität des Hymenalsaums unterschiedlicher Tiefe

Tab. A.1 (Fortsetzung)

Konkavität *(»Concavity«)*	U-förmige Einbuchtung der Kontinuität des Hymenalsaums; auch Oberbegriff für Einbuchtungen des Hymenalsaums jeglicher Art
Labiale Adhäsionen oder Synechien	Teilweiser oder vollständiger Verschluss der Scheidenöffnung nach außen durch häutige Verbindung der großen Labien; DD: nach lokalen Reizungen, Entzündungen, Reiben
Linea vestibularis	Mediane avaskuläre Zone in der Fossa navicularis, vermutlich Mittellinien-Fusions-Äquivalent
Perianale Hautanhängsel *(»Perianal skin tag«)*	Hypertrophe Schleimhautfalten der Analschleimhaut
Perianale venöse Stauungen *(»Venous congestion«, »Venous pooling«)*	Gefäßerweiterungen analer Schleimhautvenen
Perineale Rinne oder fehlende Fusion der Mittellinie *(»Failure of midline fusion«, »perineal groove«)*	Kongenitaler schleimhautartig wirkender Defekt des Perineums als Minimalform anorektaler Malformationen, vermutlich Folge einer embryonale Fusionsstörung; Differenzialdiagnose zu einem Missbrauchsbefund
Periurethrale oder vestibuläre Bänder *(»Periurethral or vestibular bands«)*	Um die Harnröhrenöffnung gelegene bzw. vom Hymen zur Vestibularwand verlaufende Haltebänder
Posterior Fourchette	Wörtlich »hinteres Band«, gedachtes posteriores Zusammentreffen der Labia minora (Frenulum labiorum pudendi minorum) im Gegensatz zur hinteren Kommissur, die das kaudale Zusammentreffen der großen Labien darstellt (► Kap. 9.1, Abb. 9.1.1)
Projektionen, Vorsprünge oder Protrusionen *(»Projections«)*	Schmalbasige, lokalisierte Erhöhungen des Hymenalsaums
Septumreste *(»Septal remnants«)*	Überbleibsel fetal gelöster Hymenalsepten, die als kleine Vorsprünge oder Projektionen auf dem Hymenalsaum imponieren oder von oben von der Columna anterior herabhängen
Spalte *(»Cleft«)*	Parallel verlaufende Unterbrechungen des Hymenalsaums
Urethrale Dilatation *(»Urethral dilation«)*	Erweiterung der Urethralöffnung bei Traktion an den großen Labien
Vestibulum vaginae	Außerhalb des Hymens gelegener Scheidenvorhof; die Vestibulumwand endet außen an den kleinen bzw. großen Labien
Verdicktes Hymen	Aspekt des Hymens durch Östrogenwirkung oder Faltung des Hymenalsaums

A.2 Tabellen und Übersichten

Tab. A.2 Verletzungsplausibilitäts-Modell *(»Injury plausibility model«)*: Scoring Kriterien für Femurfrakturen/Treppenstürze. (Pierce 2005)

Kategorie	0 Punkte	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	VP Score[2]
I: AQS[1] 3 Sturzkomponenten: initiale Position, Sturzdynamik und Endposition beschrieben	Komplette Beschreibung aller 3 Sturzkomponenten	Beschreibt 2 von 3 Sturzkomponenten	Beschreibt nur 1 Sturzkomponente	Nicht möglich, Details jeglicher 1-Sturz-Komponente oder der Verletzungsanamnese zu beschreiben; oder wechselnde Anamnese	
II: Frakturart vgl. Tab. 2 für passende biomechanische Kriterien	Anamnese adäquat für Frakturmechanismus & beobachtete »Bein-Biodynamik«	Anamnese adäquat für Frakturmechanismus, aber »Bein-Biodynamik« nicht beobachet	Anamnese nicht adäquat für Frakturmechanismus	Anamnese nicht adäquat für Frakturmechanismus, u. Frakturtyp ist Trümmer-, offen oder metaphysär	
III: Zeitliche Abfolge	Sofortiges Aufsuchen medizinischer Betreuung	Verzögertes Aufsuchen medizinischer Betreuung, aber Fraktur ist klinisch & radiologisch subtil & gut adaptiert	Verzögertes Aufsuchen medizinischer Betreuung, und Fraktur ist klinisch & radiologisch offensichtlich	Verzögertes Aufsuchen medizinischer Betreuung; zusätzlich respiratorische, kardiovaskuläre und/oder neurologische Beeinträchtigung	

[1] Anamnese Qualitäts Score
[2] Verletzungsplausibilitäts-Score
Totaler VP-Score:
Pierce MC, Bertocci GE, Janosky JE et al. (2005) Femur fractures resulting from stair falls among children: An injury plausibility model. Pediatrics 115: 1712–1722

Tab. A.3 Kriterien zur Bestimmung biomechanischer und Frakturtyp-Kompatibilität (biomechanische Konsistenz). (Pierce 2005)

Biomechanischer Mechanismus	Frakturtyp	Biodynamische Anamnesebeispiele
Torsionskräfte	Spiral/lang schräg	Verdrehen oder Rotation des Beines beim Ausrutschen des Kindes; Bein wird unter Körper gefaltet
Verbiegekräfte	Transvers/kurz schräg	Senkrechte Stauchung des Beins, z.B. Bein zwischen Stufe u. Erwachsenem gefangen
Kompressionskräfte	Delle, Beule/Stauchung *(»buckle«)*	Knie staucht entlang Longitudinalachse des Femurs beim Fallen des Kindes
Dehnungs-, Zug- und/oder Scherkräfte	Klassische metaphysäre Fraktur *(»CML«)*	Ziehen oder Reißen des Beins
»High-energy event« Hochenergetisches Ereignis (jegliche Krafteinwirkung)	Offener und/oder Trümmer-, Splitterbruch	Bein eines Fußgängers durch schnell fahrendes Fahrzeug verletzt

Pierce MC, Bertocci GE, Janosky JE et al. (2005) Femur fractures resulting from stair falls among children: An injury plausibility model. Pediatrics 115: 1712–1722.

Leitlinien zur Interpretation medizinischer Befunde bei sexuellem Kindesmissbrauch (Ehemaliges »Adams-Schema«; leicht modifizierte Übersetzung und Adaptation nach Adams 2016)

Die Nummerierung der Befunde bedeutet keine Reihenfolge der Signifikanz!

Tab. A.4 Untersuchungstechniken

Genitale Untersuchung		Anale Untersuchung
Präpubertäres Kind		
- Rückenlage/Froschhaltung oder Steinschnittlage - Knie-Brust-Lage bäuchlings	**Untersuchungs-position**	- Knie-Brust-Lage in Rückenlage - Knie-Brust-Lage bäuchlings - Seitliche Dekubituslage
- Labiale Separation & Traktion - Knie-Brust-Lage bäuchlings mit Gesäßanhebung - Spekulum kontraindiziert (außer in Sedierung)	**Untersuchungs-technik**	- Gesäß Separation - Knie-Brust-Lage bäuchlings mit Gesäßanhebung
- Wasser- oder Kochsalzaufschwemmen des Hymens - Knie-Brust-Lage bäuchlings mit Gesäßanhebung	**Bestätigungs-methode**	- Erneute Evaluierung nach Stuhlgang, Bewegung oder Positionswechsel
Pubertäres Kind		
Genitale Untersuchung		**Anale Untersuchung**
- Steinschnittlage (Rückenlage) - Knie-Brust-Lage bäuchlings mit Gesäßanhebung	**Untersuchungs-position**	- Knie-Brust-Lage bäuchlings - Knie-Brust-Lage in Rückenlage - Seitliche Dekubituslage
- Labiale Separation & Traktion - Spekulumuntersuchung möglich wenn ≥ Tanner 3	**Untersuchungs-technik**	- Seitliche Gesäßspreizung - Knie-Brust-Lage bäuchlings mit Gesäßanhebung
- Hymenalsaum mit angefeuch-tetem Stieltupfer umfahren - Foley-Katheter - Knie-Brust-Lage bäuchlings mit Gesäßanhebung	**Bestätigungs-methode**	- Erneute Evaluierung nach Stuhlgang, Bewegung oder Positionswechsel

Tab. A.5 Zeitliche Terminierung der medizinischen Untersuchung

Indikation für Notfalluntersuchung
- Sorge um physische, psychische oder anderweitige Sicherheit, akute Schmerzen oder Blutung, Verdacht auf Menschenhandel, Suizidgefahr - Akutes Ereignis weniger als 72 Stunden zurückliegend, Notwendigkeit forensischer Spurensicherung, Notwendigkeit postkoitaler Kontrazeption (»Pille danach«) - Notwendigkeit Postexpositionsprophylaxe (PEP) für sexuell übertragene Infektionen inklusive HIV-PEP
Indikation für eilige Untersuchung
- Vermuteter oder bekannt gewordener Missbrauch in den letzten 2 Wochen, keine Notfallaspekte wie oben beschrieben
Indikation für nicht-eilige Untersuchung
- Missbrauch bekannt geworden oder befürchtet, sexualisiertes Verhalten, letztmaliger Kontakt über 2 Wochen zurückliegend, keine Notfallaspekte wie oben beschrieben
Indikation für Kontrolluntersuchung (Follow up)
- Unklare oder fragliche Befunde in der Erst-Untersuchung - Weitere Abstrichuntersuchungen/Testung hinsichtlich sexuell übertragener Infektionen, die während der Erst-Untersuchung nicht identifiziert oder behandelt wurden - Dokumentation von Heilung akuter Verletzungen/Befunde - Bestätigung initialer Untersuchungsbefunde, wenn Erst-Untersuchung durch unerfahrenen Erst-Untersucher (Erfahrung unter 100 Untersuchungen; für Deutschland vorläufig nicht praktikabel; Anm. d. Autoren)

Tab. A.6 Herangehensweise zur Interpretation medizinischer Befunde bei Verdacht auf sexuellen Kindesmissbrauch – Übersetztes und kommentiertes »Adam's Schema« – Update 2016. Diese Tabelle führt medizinische und Laborbefunde auf. Jedoch weisen die meisten Kinder, die hinsichtlich eines möglichen sexuellen Missbrauchs untersucht werden, keine Zeichen einer Verletzung oder Infektion auf. Die Angaben des Kindes, was ihm zugestoßen ist, und die Angabe spezifischer Symptome im Zusammenhang berichteter Ereignisse ist essentieller Teil einer vollständigen medizinischen Evaluation.

Gegenüber der 2011er Vorversion neue oder modifizierte Punkte sind orange hinterlegt.	
I. Befunde bei Neugeborenen und nichtmissbrauchten Kindern *(»Findings documented in newborns or commonly seen in non-abused children«)* Befunde, die Aussagen eines Kindes, missbraucht worden zu sein, weder ausschließen noch bestätigen	
Normvarianten	
1.	**Normale Variationen des Hymens**
a.	**Anuläre Hymenalkonfiguration:** Hymen vollständig um Introitus vorhanden, einschließlich 12 h Position *(»Annular: hymenal tissue present all around the vaginal opening including at the 12 o'clock location«)*
b.	**Semilunäre Hymenalkonfiguration:** Hymenalsaum irgendwo im Bereich oberhalb von 3 bis 9 h fehlend *(»Crescentic hymen: hymenal tissue is absent at some point above the 3 to 9 o'clock locations«)*
c.	**Hymenalatresie:** keine Hymenalöffnung vorhanden *(»Imperforate hymen: hymen with no opening«)*
d.	**Mikroperforiertes Hymen** *(»Micro-perforate hymen: hymen with one or more small opening«)*
e.	**Septiertes Hymen** mit einem oder mehreren Septen in der Hymenalöffnung *(»Septate hymen: hymen with one or more septae across the opening«)*
f.	**Wulstiges, fimbrienförmiges** (»überschüssiges«) **Hymen** mit multiplen übereinander gefalteten Klappen *(»Redundant hymen: hymen with multiple flaps, folding over each other«)*

Tab. A.6 (Fortsetzung)

g.	**Hymen mit Anhängsel am Hymenalsaum** *(»Hymen with tag of tissue on the rim«)*
h.	**Hymen** mit höckerartiger Erhöhung oder Höcker an beliebiger Stelle des Hymenalsaums *(»Hymen with mounds or bumps on the rim at any location«)*
i.	**Jegliche Kerbe oder Spalte des Hymens oberhalb der 3 bis 9 h Position,** unabhängig von ihrer Tiefe *(»Any notch or cleft of the hymen (regardless of depth) above the 3 and 9 o'clock location«)*
j.	**Oberflächliche Kerben des Hymens an oder unterhalb der 3 bis 9h Position** *(»Superficial notches of the hymen at or below the 3 and 9 o'clock location.«)*
k.	**Glatter, vollständig schmal wirkender Hymenalsaum** *(»Smooth posterior rim of hymen that appears to be relatively narrow along the entire rim«)*
2.	**Periurethrale oder vestibuläre Bänder** *(»Periurethral or vestibular bands«)*
3.	**Intravaginale Längsgrate**/Schleimhautfalten und Säulen *(»Intravaginal ridges or columns«)*
4.	**Externe hymenale Grate** (Schleimhautfalten) *(»External ridges on the hymen«)*
5.	**Linea vestibularis** (Mediane avaskuläre Zone in der Fossa navicularis) *(»Linea vestibularis (midline avascular area)«)*
6.	**Diastasis ani** – medianer, glatt-atroph wirkender perianaler Bezirk *(»Diastasis ani (smooth area)«)*
7.	**Perianale Hautanhängsel** *(»Perianal skin tag«)*
8.	**Vermehrte Pigmentierung** der kleinen Labien oder perianal bei dunkelhäutigen/farbigen Kindern *(»Hyperpigmentation of the skin of labia minora or perianal tissues in children of color«)*
9.	**Urethrale Dilatation** bei labialer Traktion *(»Dilatation of urethral opening«)*
Befunde meist durch andere medizinische Ursachen	
10.	**Erytheme** genitaler Gewebe *(»Erythema of the genital tissues«)*
11.	**Vermehrte Vaskularisierung** des Vestibulums/Hymens (DD Irritantien, normales Muster hormoneller Ruhephase) *(»Increased vascularity of vestibule and hymen«)*
12.	**Labiale Adhäsionen/Synechien** *(»Labial adhesions«)*
13.	**Brüchigkeit der »Posterior Fourchette"** *(»Friability of posterior fourchette«)*
14.	**Vaginaler Ausfluss** *(»Vaginal discharge«)*
15.	**Molluscum contagiosum**
16.	**Anale Fissuren**
17.	**Perianale venöse Stauung** oder Gefäßerweiterung *(»Venous congestion or venous pooling in the perianal area«)*

Tab. A.6 (Fortsetzung)

18.	**Anale Dilatation bei Kindern mit prädisponierenden Umständen,** wie aktuelle Symptome oder Anamnese einer Obstipation und/oder Enkopresis oder Kinder mit Sedierung, Vollnarkose oder eingeschränkten neuromuskulären Tonus aus anderen Gründen, beispielsweise postmortal. *(»Anal dilatation in children with pre-disposing conditions, such as current symptoms or history of constipation and/or encopresis, or children who are sedated, under anesthesia or with impaired neuromuscular tone for other reasons, such as post-mortem.«)*
Differenzialdiagnosen – Befunde, die mit sexuellem Missbrauch verwechselt werden können *(»Conditions Mistaken for Abuse«)*	
19.	**Urethralprolaps**
20.	**Lichen sclerosus**
21.	**Ulzerationen der Vulva**
22.	**Erytheme, Inflammation und Fissuren perianaler oder genitaler Gewebe** durch bakterielle, mykotische, virale, parasitäre oder andere Infektionen, die nicht sexuell übertragen sind *(»Erythema, inflammation, and fissuring of the perianal or vulvar tissues due to infection with bacteria, fungus, viruses, parasites, or other infections that are not sexually transmitted«)*
23.	**Fehlende Fusion der Mittellinie** (Perineale Rinne) *(»Failure of midline fusion also called perineal groove«)*
24.	**Rektumprolaps**
25.	**Visualisierung der Linea dentata (pectinata)** an der Verbindung von Anoderm (Analkanalhaut) und rektaler Mukosa *(»Visualization of the pectinate/dentate line at the juncture of the anoderm and rectal mucosa«)*
26.	**Partielle Dilatation des externen Analsphinkters** (mit geschlossenem internen Sphinkter, Eindruck tiefer Falten perianal) *(»Partial dilation of external anal sphincter, with the internal sphincter closed, causing the appearance of deep creases in the perianal skin.«)*
27.	**Rote/lila Verfärbung genitaler Strukturen** (einschließlich Hymen) durch livide Verfärbung postmortal, bestätigt durch histologische Untersuchung *(»Red/purple discoloration of the genital structures (including the hymen) from lividity post-mortem, confirmed by histological analysis.«)*
II. Befunde ohne Expertenkonsensus der Interpretation bzgl. sexuellem Kontakt oder Trauma Diese körperlichen und Laborbefunde untermauern eine vorliegende klare Aussage eines Kindes; in Abwesenheit einer solchen Aussage sind sie mit Vorsicht zu bewerten (»Verdächtige Befunde«). Körperliche Befunde (Nr. 28 und 29) sollten durch zusätzliche Untersuchungspositionen oder Techniken bestätigt werden. Zusätzliche Informationen wie die mütterliche gynäkologische Anamnese oder die Anamnese des Kindes über orale Läsionen können die Wahrscheinlichkeit einer sexuellen Übertragung bei Kondylomen oder Herpes klären helfen. … Fotografien oder Videoaufnahmen dieser Befunde sollten durch einen in der Beurteilung sexueller Missbrauchsbefunde erfahrenen Experten evaluiert und bestätigt werden, um eine akkurate Diagnose zu gewährleisten. *(»These physical and laboratory findings may support a child's disclosure of sexual abuse, if one is given, but should be interpreted with caution if the child gives no disclosure. Physical findings (number 28 and 29) should be confirmed using additional examination positions and/or techniques. Additional information, such as mother's gynecologic history or child's history of oral lesions may clarify likelihood of sexual transmission for children with condyloma or Herpes. After complete assessment, a report to Child Protective Services may be indicated in some cases. Photographs or video recordings of these findings should be evaluated and confirmed by an expert in sexual abuse evaluation to ensure accurate diagnosis.«)*	
Körperliche Untersuchungsbefunde	
28.	**Vollständige Dilatation des Anus** mit Relaxation sowohl des internen wie externen analen Sphinkters, in Abwesenheit anderer prädisponierender Faktoren wie chronischer Obstipation, Enkopresis, Sedierung, Narkose und neuromuskulärer Erkrankungen. *(»Complete anal dilatation with relaxation of both the internal and external anal sphincters, in the absence of other predisposing factors such as constipation, encopresis, sedation, anesthesia, and neuromuscular conditions«)*

Tab. A.6 (Fortsetzung)

29.	**(Tiefe) Kerben oder Spalten des Hymens bei oder unterhalb der 3 oder 9 h Position**, welche tiefer als oberflächliche Kerben sind, nahezu bis zur Basis des Hymens reichen können, aber keine vollständige Durchtrennung des Hymenalsaums darstellen *(»Notch or cleft in the hymen rim, at or below the 3 or 9 o'clock location, which is deeper than a superficial notch and may extend nearly to the base of the hymen, but is not a complete transection.«)*
30.	**Genitale** oder **anale Condylomata acuminata** ohne weitere Hinweise auf Missbrauch. Läsionen, die erstmals bei einem über 5-jährigen Kind auftreten, sind möglicherweise verdächtiger auf sexuelle Übertragung. *(»Genital or anal condyloma acuminatum in the absence of other indicators of abuse; lesions appearing for the first time in a child older than 5 years may be more likely to be the result of sexual transmission.«)*
31.	**Anogenitaler Herpes Typ 1 oder 2,** bestätigt durch Kultur oder PCR ohne weitere Hinweise auf Missbrauch. *(»Herpes Type 1 or 2, confirmed by culture or PCR testing, in the genital or anal area of a child with no other indicators of sexual abuse.«)*
III. Durch Trauma und/oder sexuellen Kontakt verursachte Befunde Die folgenden Befunde unterstützen die Angabe eines Missbrauchs soweit vorliegend und sind hochgradig hinweisend auch ohne Aussage, es sei denn, es wird zeitnah ein klarer, plausibler akzidenteller Mechanismus durch das Kind und/oder die Eltern angegeben. Körperliche Befunde (Nr. 32–41) sollten durch zusätzliche Untersuchungspositionen oder Techniken bestätigt werden. Die Diagnose einer sexuell übertragenen Infektion muss durch zusätzliche Testverfahren bestätigt werden, um falsch positive Befunde zu vermeiden. Fotografien oder Videoaufnahmen dieser **Befunde sollten durch einen in der Beurteilung sexueller Missbrauchsbefunde erfahrenen Experten evaluiert und bestätigt werden**, um eine akkurate Diagnose zu gewährleisten. *(»These findings support a disclosure of sexual abuse and are highly suggestive of abuse even in the absence of a disclosure, unless a timely and plausible description of accidental injury is provided by the child and/or caretaker. Physical findings (items 32 through 41) should be confirmed using additional examination positions and/or techniques. Diagnoses of the sexually transmitted infections must be confirmed by additional testing to avoid assigning significance to possible false positive screening test results. Photographs or video recordings of these findings should be evaluated and confirmed by an expert in sexual abuse evaluation to ensure accurate diagnosis.«)*	
Akutes Trauma des externen Anogenitalbereiches, welches akzidentell oder durch Missbrauch verursacht sein kann	
32.	**Akute anogenitale Lazerationen (Einrisse) oder Einriss der Labien, Penis, Skrotum, perianal oder Perineum** *(»Acute lacerations or bruising of labia, penis, scrotum, perianal tissues, or perineum«)*
33.	**Frische Lazeration (Einriss) der »Posterior fourchette«** ohne Hymenbeteiligung. *(»Acute laceration of the posterior fourchette or vestibule, not involving the hymen«)*
Residuen geheilten/heilenden Traumas Schwierig zu diagnostizierende und seltene Befunde außer im Fall eines zuvor an entsprechender Lokalisation dokumentierten akuten Traumas	
34.	**Perianale Narbe**
35.	**Narben** der **»Posterior fourchette«** oder **Fossa navicularis**
Verletzungen, die auf ein akutes oder geheiltes Trauma genitaler oder analer Gewebe hinweisen	
36.	**Hämatome, Petechien oder Abschürfungen am Hymen** *(»Bruising, petechiae, or abrasions on the hymen«)*
37.	**Akute Lazerationen (Einrisse) des Hymens** (jeglicher Tiefe, partiell oder vollständig) *(»Acute laceration of the hymen, of any depth; partial or complete«)*
38.	**Lazeration (Rissverletzungen) der Vagina** *(»Vaginal laceration«)*
39.	**Perianale Lazerationen (Einrisse)** mit Freilegen von Gewebe unter der Dermis *(»Perianal laceration with exposure of tissues below the dermis«)*

Tab. A.6 (Fortsetzung)

40.	**Geheilte Durchtrennung/vollständige Spalte des Hymens** – ein Defekt zwischen 4 und 8 Uhr bis zur Basis des Hymenalsaums, ohne an dieser Stelle nachweisbares Hymenalgewebe *(»Healed hymenal transection/complete hymen cleft – a defect in the hymen between 4 o'clock and 8 o'clock that extends to the base of the hymen, with no hymenal tissue discernible at that location.«)*
41.	**Fehlendes Segment des Hymens** – Defekt des posterioren (unteren) Hymenalsaums, breiter als vollste bis zur Basis mit fehlendem Gewebe bis zur Basis *(»A defect in the posterior (inferior) half of the hymen wider than a transection with an absence of hymenal tissue extending to the base of the hymen.«)*
Durch sexuellen Kontakt übertragene Infektionen, außer bei Belegen für perinatale Übertragung oder klare, in vernünftiger Weise und unabhängig dokumentierte (aber seltene!) nicht-sexuelle Übertragung	
42.	Genitale, rektale oder pharyngeale Infektion mit **Neisseria gonorrhoe**
43.	**Syphilis**
44.	Genitale oder rektale Infektion mit **Chlamydia trachomatis**
45.	Infektion mit **Trichomonas vaginalis**
Diagnostisch für sexuellen Kontakt	
49.	**Schwangerschaft**
50.	**Nachweis von Spermien oder Sperma** direkt vom Körper eines Kindes
Farbig hinterlegt: Neuerungen zur 2011er Leitlinie (Adams 2011)	

Adams JA (2011) Medical Evaluation of Suspected Child Sexual Abuse: 2011 Update. J Child Sexual Abuse 20:588-605
Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, Levitt CJ, Shapiro RA, Moles RL, Starling SP (2016) Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc Gynecol 29: 81–87. www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext

A.3 Literatur und Leitlinien

Fachbücher

Bilo RAC, Robben SGF, van Rijn RR (2010) Forensic Aspects of Paediatric Fractures: Differentiating Accidental Trauma from Child Abuse. Springer Verlag, Heidelberg

Bilo RAC, Oranje AP, Shwayder T, Hobbs CJ (2013) Cutaneous Manifestations of Child Abuse and their Differential Diagnosis. Springer Verlag, Heidelberg

Dettmeyer R (2006) Medizin und Recht: Rechtliche Sicherheit für den Arzt, 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

Dettmeyer R, Verhoff MA, Schütz H (2014) Forensic Medicine. Springer, Berlin Heidelberg New York

Dettmeyer R, Schütz H, Verhoff MA (2014) Rechtsmedizin. 2. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

Egle UT, Joraschky P, Lampe A, Seiffge-Krenke I, Cierpka M (Hrsg.) (2015) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Erkennung, Therapie und Prävention der Folgen früher Stresserfahrungen. 4. Aufl. Stuttgart: Schattauer

Fegert JM, Hoffmann U, König E, Niehues J, Liebhardt H (Hrsg.) (2015) Sexueller Missbrauch von Kindern und Jugendlichen: Ein Handbuch zur Prävention und Intervention für Fachkräfte im medizinischen, psychotherapeutischen und pädagogischen Bereich. Springer Verlag Heidelberg

Finkel MA, Giardino AP (2009) Medical evaluation of child sexual abuse, 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village

Häßler F, Schepker R, Schläfke D (Hrg) (2008) Kindstod und Kindstötung. MWV Berlin

Hobbs CJ, Wynne JM (2001) Physical signs of child abuse. A colour atlas, 2nd edn. WB Saunders, London, Philadelphia, Toronto

Jacobi G (Hrsg.) (2008) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung. Epidemiologie, Diagnostik und Vorgehen. Huber, Bern

Jenny C (2011) Child Abuse and Neglect: Diagnosis, Treatment and Evidence. Elsevier Saunders, St. Louis

Kaplan R, Adams JA, Starling SP, Giardino AP (2011) Medical response to child sexual abuse. A resource for professionals working with children and families. STM Learning, St. Louis

Kleinman PK (ed) (2015) Diagnostic imaging of child abuse. 3. Aufl. Cambridge University Press

Körner W, Deegener G (Hrsg.) (2011) Erfassung von Kindeswohlgefährdung in Theorie und Praxis. Pabst Science Publishers, Lengerich

Love JC, Derrick SM, Wiersema JM (2011) Skeletal Atlas of Child Abuse. Humana Press, Springer, New York, Berlin, Heidelberg

Madea B (Hrsg.) (2015) Rechtsmedizin, 3. Aufl. Springer, Berlin Heidelberg New York

Minns RA, Brown JK (eds) (2005) Shaking and other non-accidental head injuries in children. Clinics in Developmental Medicine 162. Cambridge University Press

Reece RM, Christian CW (eds) (2009) Child abuse: Medical diagnosis and management, 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village

Andere Medien

American Academy of Pediatrics (2008) Visual diagnosis of child abuse on CD-ROM. 3rd edn. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village [CD-Rom]

McCann J, Kerns D (1999) The anatomy of child and adolescent sexual abuse. A CD-ROM Atlas/Reference. InterCorp, St. Louis www.intercorpinc.com [CD-Rom]; künftig nur noch online: www.childabuseatlas.com/

Internationale Leitlinien

(Online-Zugriff unter www.kindesmisshandlung.de → Med. Downloads → Internationale Guidelines.)

Topic-specific policy collection der American Academy of Pediatrics, Committee on Child Abuse and Neglect (Stand Mai 2015: 26 Leitlinien): pediatrics.aappublications.org/cgi/collection/committee_on_child_abuse_and_neglect

American Academy of Pediatrics (2015) Greenbaum J, Crawford-Jakubiak JE and the Committee on Child Abuse and Neglect. **Child sex trafficking and commercial sexual exploitation: Health care needs of victims**. Pediatrics 135: 566-574. pediatrics.aappublications.org/content/135/3/566.long

American Academy of Pediatrics (2015) Christian CW et al. **The evaluation of suspected child physical abuse**. Pediatrics 135:e1337-e1354. pediatrics.aappublications.org/content/135/5/e1337.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2014) Flaherty EG, Perez-Rossello JM, Levine MA, Hennrikus WL and the AAP Committee on Child Abuse and Neglect and Sections on Radiology, Endocrinology, and Orthopaedics and the Society for Pediatric Radiology. **Evaluating children with fractures for child physical abuse**. Pediatrics 133:e477-e489. pediatrics.aappublications.org/content/133/2/e477.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2013) Carpenter SL, Abshire TC, Anderst JD and the Section on Hematology/Oncology and Committee on Child Abuse and Neglect. **Evaluation for bleeding disorders in suspected child abuse**. (Clinical Report) Pediatrics 131:e1314–e1322. pediatrics.aappublications.org/content/131/4/e1314.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2013) Anderst JD, Carpenter SL, Abshire TC, and the AAP Section on Hematology/Oncology and Committee on Child Abuse and Neglect. **Evaluating for suspected child abuse: Conditions that predispose to bleeding**. (Technical Report). Pediatrics 131:e1357–e1373. pediatrics.aappublications.org/content/131/4/e1357.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2013) Flaherty EG, MacMillan HL and Committee on Child Abuse and

Neglect. **Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Manifestation of Child Maltreatment**. Pediatrics 132:590-597. pediatrics.aappublications.org/content/132/3/590.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2013) Jenny C, Crawford-Jakubiak JE and the Committee on Child Abuse and Neglect. **The Evaluation of Children in the Primary Care Setting When Sexual Abuse Is Suspected**. AAP Clinical Report on the Evaluation of Sexual Abuse in Children. Pediatrics 132:e558-e567. pediatrics.aappublications.org/content/132/2/e558.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2013) Smith C and the Committee on Substance Abuse, and Committee on Fetus and Newborn. Technical Report: **Prenatal Substance Abuse: Short- and Long-term Effects on the Exposed Fetus**. Pediatrics 2013; 131:3 e1009-e1024. pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e1009.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2012) Hibbard R, Barlow J, MacMillan H and the AAP Committee on Child Abuse and Neglect and American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. **Psychological maltreatment**. Pediatrics 130:372–378. pediatrics.aappublications.org/content/130/2/372.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2012) Committee on Adolescence. **Emergency Contraception**. Pediatrics 130:1174-1182. pediatrics.aappublications.org/content/130/6/1174.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2014) **Emergency Contraception: Addendum**. Pediatrics 133:e798. pediatrics.aappublications.org/content/133/3/e798.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2011; *nochmals bestätigt* 2014) AAP Committee on Child Abuse and Neglect. **Protecting Children From Sexual Abuse by Health Care Providers**. Pediatrics 128:407-426. pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/06/23/peds.2011-1244.full.pdf

American Academy of Pediatrics (2010; *zurückgezogen 2010!)* Committee on Bioethics. Ritual Genital Cutting of Female Minors. Pediatrics 125:1088-1093. pediatrics.aappublications.org/content/125/5/1088.full.pdf. *Kommentar dazu*: American Academy of Pediatrics (2010) Board of Directors. Ritual Genital Cutting of Female Minors. Pediatrics 126:191. pediatrics.aappublications.org/content/126/1/191.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2010; *nochmals bestätigt* 2013) Braverman PK, Breech L and the Committee on Adolescence. **Gynecologic Examination for Adolescents in the Pediatric Office Setting**. Clinical Report. Pediatrics 126:583-590. pediatrics.aappublications.org/content/126/3/583.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2010; *nochmals bestätigt* 2014) Flaherty EG, Stirling J Jr and The Committee on Child Abuse and Neglect. **The Pediatrician's Role in Child Maltreatment Prevention**. Pediatrics 126:833-841. pediatrics.aappublications.org/content/126/4/833.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2010) Levin AV, Christian CW. **The Eye Examination in the Evaluation of Child Abuse.** Pediatrics 126:376icsc. pediatrics.aappublications.org/content/126/2/376.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2010; *nochmals bestätigt* 2014) Thackeray JD, Hibbard R, Dowd MD, the AAP Committee on Child Abuse and Neglect and the Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention. **Intimate partner violence: The role of the pediatrician**. Clinical Report. Pediatrics 125:1094-1100. pediatrics.aappublications.org/content/125/5/1094.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2010; *nochmals bestätigt* 2014) Christian CW, Sege RD, Committee on Child Abuse and Neglect, Committee on Injury, Violence, and Poison Prevention and Council on Community Pediatrics. **Child Fatality Review**. Pediatrics 126:592-596 pediatrics.aappublications.org/content/126/3/592.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics Committee on Child Abuse and Neglect & the American Academy of Pediatric Dentistry Council on Clinical Affairs (2010) **Guideline on oral and dental aspects of child abuse and neglect**. Clinical Guidelines: Reference Manual 33:147-150. www.aapd.org/media/Policies_Guidelines/G_Childabuse.pdf

American Academy of Pediatrics (2009; *nochmals bestätigt* 2013) Kellogg ND and the AAP Committee on Child Abuse and Neglect. **The evaluation of sexual behaviors in children**. Clinical report. Pediatrics 124:992-998. pediatrics.aappublications.org/content/124/3/992.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2009; *nochmals bestätigt* 2013) Committee on Environmental Health, Committee on Substance Abuse, Committee on Adolescence, and Committee on Native American Child Health. **Tobacco Use: A Pediatric Disease**. Pediatrics 124:1474 -1487. pediatrics.aappublications.org/content/124/5/1474.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2009; *nochmals bestätigt* 2014) Dana Best, Committee on Environmental Health, Committee on Native American Child Health, and Committee on Adolescence. **Secondhand and Prenatal Tobacco Smoke Exposure**. Pediatrics 124:e1017-e1044. pediatrics.aappublications.org/content/124/5/e1017.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (AAP) (2009) Section on Radiology. **Diagnostic imaging of child abuse**. Policy Statement. Pediatrics 123: 1430–1435 pediatrics.aappublications.org/content/123/5/1430.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (AAP) (2009; *nochmals bestätigt* 2013) Christian CW, Block R and the Committee on Child Abuse and Neglect: **Abusive Head Trauma in Infants and Children**. Policy Statement. Pediatrics 123: 1409–1411. pediatrics.aappublications.org/content/123/5/1409.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (AAP) (2008) Kaufman M and the Committee on Adolescence. **Care of the adolescent sexual assault victim**. Pediatrics 122: 462–470. pediatrics.aappublications.org/content/122/2/462.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2007; *nochmals bestätigt* 2011) Jenny C and the Committee on Child Abuse and Neglect. **Recognizing and Responding to Medical Neglect**. Pediatrics 120:1385-1389. pediatrics.aappublications.org/content/120/6/1385.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2007; *nochmals bestätigt* 2011) Hibbard RA, Desch LW and the Committee on Child Abuse and Neglect. **Maltreatment of Children With Disabilities**. Pediatrics 119:1018-1025. pediatrics.aappublications.org/content/119/5/1018.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2006) Hymel KP and the Committee on Child Abuse and Neglect**. When is lack of supervision neglect?** Pediatrics 118:1296-1298. pediatrics.aappublications.org/content/118/3/1296.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2006; *nochmals bestätigt* 2013) Hymel K and the Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics. **Distinguishing sudden infant death syndrome from child abuse fatalities**. Pediatrics 118:421-427. pediatrics.aappublications.org/content/118/1/421.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2005; *nochmals bestätigt* 2014) Kellogg N and the Committee on Child Abuse and Neglect of the American Academy of Pediatrics. **Oral and dental aspects of child abuse and neglect**. Pediatrics 116:1565-1568. pediatrics.aappublications.org/content/116/6/1565.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2005; *nochmals bestätigt* 2008) Block RW, Krebs NF and AAP Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Nutrition. **Failure to thrive as a manifestation of child neglect**. Pediatrics 116:1234-1237. pediatrics.aappublications.org/content/116/5/1234.full.pdf+html

American Academy of Pediatrics (2003; *nochmals bestätigt* 2008) Clinical Report**: Postexposure Prophylaxis in Children and Adolescents for Nonoccupational Exposure to Human Immunodeficiency Virus**. Pediatrics. 2003;111:1475–1489. pediatrics.aappublications.org/content/111/6/1475.full.pdf+html

American College of Radiology (2012) **ACR Appropriateness Criteria** (content/116/5/1234.full.pdf+html. www.guideline.gov/content.aspx?id=37948

American College of Radiology (2012) ACR Appropriateness Criteria (id=37948tent.aspx?id=37948"+html Evidence tables. www.acr.org/~/media/2AA52397668444B6A7ECA88CE832829A.pdf

Meyer JS, Gunderman R et al. (2011) **ACR Appropriateness Criteria on Suspected Physical Abuse – Child**. J Am Coll Radiol 8:87-94

ABFO (American Board of Forensic Odontology-www.abfo.org) (2015) **ABFO Bitemark Methodology Standards and Guidelines**. In: Diplomates Reference Manual, S94-104. www.abfo.org/resources/abfo-manual/

Royal College of Paediatrics and Child Health (2015) **Physical signs of child sexual abuse – 2015 update**. An evidence-based review and guidance for best practice. www.rcpch.ac.uk/improving-child-health/clinical-guidelines-and-standards/published-rcpch/clinical-guidelines-and-sta#CSA. *Summary of changes:* www.rcpch.ac.uk/improving-child-health/clinical-guidelines-and-standards/published-rcpch/physical-signs-child-sexu-1

Watts P and the Child Maltreatment Guideline Working Party of Royal College of Ophthalmologists UK and Royal College of Paediatrics and Child Health (2013) **Abusive head trauma and the eye in infancy**. Eye. www.rcophth.ac.uk/standards-publications-research/clinical-guidelines/ *Zusammenfassung unter gleichem Titel in* Eye 27 (2013):1227–1229

Adams JA, Kellogg ND, Farst KJ, Harper NS, Palusci VJ, Frasier LD, Levitt CJ, Shapiro RA, Moles RL, Starling SP (2016) **Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused.** J Pediatr Adolesc Gynecol 29: 81–87. Open Access: www.jpagonline.org/article/S1083-3188%2815%2900030-3/fulltext

Deutsche Leitlinien

Gesellschaft für Pädiatrische Radiologie (2011) –**S1 Leitlinie Verdacht auf Misshandlung – Bildgebende Diagnostik**. AWMF Registernummer 064/014. www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/064-014l_S1_Verdacht_auf_Misshandlung_Bildgebende_Diagnostik_2013-03_01.pdf

Interdisziplinäre **AWMF S3+ Leitlinie Kinderschutz** *in Bearbeitung 2015-2017*: www.kinderschutzleitlinie.de/

Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin (2008) Kindesmisshandlung und Vernachlässigung (Teil 1: Psychosoziale Faktoren, Prävention und Intervention; Teil 2: Somatische Diagnostik (AWMF-Leitlinien-Register Nr. 071/003 ; Entwicklungsstufe 2; abgelaufen 2013; noch verfügbar: www.kindesmisshandlung.de/deutscheleitlinien.html

A.4 Wichtige Links

(Online-Zugriff unter kindesmisshandlung.de → www.kindesmisshandlung.de/linksammlungfachbuch.html) – ohne Anspruch auf Vollständigkeit!

Fachgesellschaften

ISPCAN International Society for Prevention of Child Abuse and Neglect – Interdisziplinäre Kinderschutz Weltorganisation
- www.ispcan.org

APSAC American Professional Society on the Abuse of Children – Amerikanische interdisziplinäre Kinderschutzdachorganisation
- www.apsac.org

BASPCAN British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect – Britische interdisziplinäre Kinderschutzdachorganisation
- www.baspcan.org.uk

DGfPI Deutsche Gesellschaft für Prävention und Intervention bei Kindesmisshandlung und -vernachlässigung. Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für alle Fachleute, die sich mit körperlicher und seelischer Misshandlung, sexuellem Missbrauch und Vernachlässigung von Kindern beschäftigen; nationale Partnerorganisation der ISPCAN; 2009 aus der Fusion der Deutschen Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung (DGgKV) mit dem Bundesverein zur Prävention von sexueller Gewalt hervorgegangen – englisch GESPCAN – German Society for Prevention of Child Abuse and Neglect
- www.dgfpi.de

DGKiM Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (ehemals AG KiM)
- www.dgkim.de

AKFOS Arbeitskreis Forensische Odonto-Stomatologie:
- www.akfos.org

DGRM Deutsche Gesellschaft für Rechtsmedizin
- www.dgrm.de

GAIMH e.V. Gesellschaft für seelische Gesundheit in der frühen Kindheit
- www.gaimh.org

DeGPT Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V.:
- www.degpt.de/

DAKJ Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin – Kommission Kinderschutz der kindermedizinischen Fachgesellschaften
- dakj.de/pages/die-kommissionen/kinderschutz.php
- dakj.de/pages/aktivitaeten/stellungnahmen-und-empfehlungen/kinderschutz.php

Internationale Links

Child Abuse Prevention Network Amerikanisches multiprofessionelles Portal mit vielen Links und Partnern zum Thema Kindesmisshandlung
- www.child-abuse.com

Bookmarks/Links des Child Abuse Prevention Networks
- www.child-abuse.com/bookmarks.shtml

Kempe Children's Center Partner des Cornell's Child Abuse Prevention Network für Internet Ressourcen
- www.kempecenter.org

National Data Archive on Child Abuse and Neglect Zentrales Datenarchiv für Forscher und Wissenschaftler auf dem Gebiet der Kindesmisshandlung
- www.ndacan.cornell.edu

Child Welfare Information Gateway Ehemals National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect; Service des Children's Bureau, Administration for Children and Families, U.S. Department of Health and Human Services. US Inzidenzstudien
- www.childwelfare.gov

WHO World Report on Violence and Health 2002
- www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en

UN Kinderrechtskonvention Übereinkommen über die Rechte des Kindes 1989
- www.national-coalition.de/pdf/UN-Kinderrechtskonvention.pdf

UN Startseite Violence against Children
- srsg.violenceagainstchildren.org/

UN Gewaltstudie 2006
- www.unviolencestudy.org

Child MaltreatmentJahresberichte (ab 1995 fortlaufend) Aktuelle Prävalenzzahlen aus dem US Pflichtmeldesystem (»mandatory reporting«)
- www.acf.hhs.gov/programs/cb/research-data-technology/statistics-research/child-maltreatment

Child Abuse – Statistics, Research and Resources Seite des klinischen Psychologen Jim Hopper mit zahlreichen Quellen zu Epidemiologie
- www.jimhopper.com/abstats

National Children's Advocacy Center Prävention und Behandlung für körperlich und sexuell misshandelte Kinder und ihre Familien
- www.nationalcac.org

The National Center on Shaken Baby Syndrome Ressourcen, Konferenz, Information, Präventionsprogramme und Materialien zum Schütteltrauma
- www.dontshake.com

The Shaken Baby Alliance Quellen und Hilfestellungen zum Schütteltrauma
- www.shakenbaby.org

UNICEF Innocenti Research Group
- www.unicef-irc.org/

UNICEF Child protection issues
- www.unicef.org/protection/57929_57977.html

Terre des hommes Kindesschutz und sexuelle Gewalt
- www.tdh.de/wir-ueber-uns/kindesschutz.html
- www.tdh.de/was-wir-tun/arbeitsfelder/sexuelle-gewalt.html

ECPAT International Gegen sexuelle Ausbeutung und Kinderhandel
- www.ecpat.net

Allgemeine Links

Deutscher Kinderschutzbund
- www.kinderschutzbund.de

Beratungsstellen finden: Online Beratungsführer
- www.dajeb.de/bfonline2.htm

Bundesarbeitsgemeinschaft Kinderschutz-Zentren Kinderschutz-Zentren sind schwerpunktmäßig eingerichtet als Beratungsstellen für Familien mit Gewaltproblemen, speziell bei körperlicher und seelischer Kindsmisshandlung, Kindesvernachlässigung und sexuellem Missbrauch
- www.kinderschutz-zentren.org

Deutsche Gesellschaft gegen Kindesmisshandlung und -vernachlässigung 2009 fusioniert mit dem Bundesverein zur Prävention von sexuellem Missbrauch zur DGfPI (s. Fachgesellschaften)
- www.dgfpi.de

Runder Tisch der Bundesregierung
- www.rundertisch-kindesmissbrauch.de

Unabhängiger Beauftragter der Bundesregierung für Fragen des sexuellen Kindesmissbrauchs
- www.beauftragter-missbrauch.de

Deutsche Liga für das Kind Die Deutsche Liga für das Kind ist ein bundesweit tätiges, interdisziplinäres Netzwerk zahlreicher Verbände und Organisationen aus dem Bereich der frühen Kindheit (0-6 Jahre).
- liga-kind.de/

Informationszentrum Kindesmisshandlung/Kindesvernachlässigung (IzKK) des Deutschen Jugendinstituts (DJI) (Förderung 2014 eingestellt; Literaturdatenbank, aber noch online)
- www.dji.de/izKK

Gewalt gegen Kinder, Gewalt in der Familie und Gewalt in der Gesellschaft von Prof. Dr. Günther Deegener. Enthält ca. 16.500 Titel Zum Download oder als CD-ROM zu bestellen (3. Aufl. 2003)
- www.gdeegener.de

Kinderschutz Niedersachsen Regionale und überregionale Informationen und Fortbildungshinweise
- www.kinderschutz-niedersachsen.de

Nationales Zentrum Frühe Hilfen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und des Deutschen Jugendinstitutes zur Vernetzung des Gesundheitswesens und der Jugendhilfe
- www.fruehehilfen.de

Stiftung »Bündnis für Kinder – gegen Gewalt«
- www.buendnis-fuer-kinder.de

Stiftung »Hänsel & Gretel«
- www.haensel-gretel.de

Kindesmisshandlung in Wikipedia Übersicht mit Statistiken
- http://de.wikipedia.org/wiki/Kindesmisshandlung

Medizinische Informationen

Kindesmisshandlung.de Medizinisch orientierte Website mit Leitlinien, Fachartikeln, Dokumentationsbögen, Fortbildung u. a.
- www.kindesmisshandlung.de

Deutsche Gesellschaft (ehemals Arbeitsgemeinschaft) für Kinderschutz in der Medizin (DGKiM)
- www.dgkim.de

Empfehlungen für Kinderschutz an Kliniken (Kinderschutzgruppen-Leitfaden) der AG KiM und DAKJ Praxisleitfaden Kindesmisshandlung der DAKJ
- dakj.de/pages/aktivitaeten/stellungnahmen-und-empfehlungen/kinderschutz.php

Gewaltleitfäden für Kinderarztpraxen Online Sammlung der Bundesärztekammer nach Bundesländern
- www.arzt.de/page.asp?his=1.117.6920&all=true

Stiftung Deutsches Forum Kinderzukunft Gesundheitswesen und Jugendhilfe sollen sich nicht mehr wie bisher nebeneinander, sondern miteinander dem Ziel widmen, Gesundheitssituation und Entwicklungsmöglichkeiten sozial benachteiligter Kinder zu verbessern.
- www.forum-kinderzukunft.de/

Schweizer Gesellschaft für Pädiatrie Empfehlungen für die Kinderschutzarbeit an Kinderkliniken
- www.swiss-paediatrics.org/de/informationen/empfehlungen/empfehlungen/kinderschutzarbeit-schweizerischen-kinderkliniken

Kinderschutzgruppen in Österreich Studie und Leitfaden 2008
- www.bmfj.gv.at/service/publikationen/familie/gewalt-gegen-kinder-und-jugendliche-leitfaden-fuer-die-kinderschutzarbeit-in-gesundheitsberufen-2008.html
- www.kinderjugendgesundheit.at/publikationen_wissenswertes.php?id=111

Kinderschutzgruppe Zürich älteste europäische Kinderschutzgruppe (seit 1969)
- www.kinderschutzgruppe.ch

Empfehlungen für Kinderschutzarbeit an Schweizer Kinderkliniken
- www.kispi.uzh.ch/de/zuweiser/fachbereiche/kinderschutz/Seiten/Publikationen-und-Downloads.aspx

Kampagne Schütteln ist lebensgefährlich! Schütteltrauma Projekt der Rechtsmedizin der MHH Hannover und der TKK
- www.schuetteln-ist-lebensgefaehrlich.de

Homepage Dr. K.H.Brisch Bindungsforschung und -fortbildung
- www.khbrisch.de

Child protection and the dental team
- www.cpdt.org.uk/

Rechtliche und kriminalistische Informationen

American Bar Association Center on Children and the Law US amerikanische Rechtsanwälte-Organisation, u. a. mit dem Ziel der Verbesserung der Rechte misshandelter Kinder vor Gericht; Internet Ressourcen zu Recht und Misshandlung

- www.abanet.org/child

Linksammlung: Rechtliche Rahmenbedingungen (aus Kinderschutz Niedersachsen)

- www.kinderschutz-niedersachsen.de/index.cfm?17E0F710E08140F9BAE9AF88959FE0E3

Recht auf gewaltfreie Erziehung

- bundesrecht.juris.de/bgb/__1631.html

Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz

- www.gesetze-im-internet.de/kkg/

Bundeskinderschutzgesetz

- www.bmfsfj.de/BMFSFJ/kinder-und-jugend,did=119832.html
- www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&jumpTo=bgbl111s2975.pdf

Gewaltschutzgesetz

- www.gesetze-im-internet.de/gewschg/index.html

Jugendhilfegesetz, § 8a SGB-VIII Schutzauftrag bei Kindeswohlgefährdung

- bundesrecht.juris.de/sgb_8/__8a.html

Deutsches Forum für Kriminalprävention Netzwerk für nationale und internationale Institutionen, die auf dem Gebiet der Kriminalprävention tätig sind

- www.kriminalpraevention.de

Kriminalstatistik des Bundeskriminalamtes

- www.bka.de

Kinderpornografie im Internet

Wer im Internet auf kinderpornografisches Material stößt, sollte dies umgehend an eine entsprechende Behörde weiterleiten. Machen Sie sich keinesfalls gezielt auf die Suche nach Kinderpornografie. Dies ist ebenso strafbar wie das Sammeln von Bildern zu Beweiszwecken. Falls Ihnen jemand Kinderpornografie anbietet, gehen Sie nicht darauf ein. Ist ein Bild auf Ihren Rechner gelangt, so suchen Sie nicht nach weiteren, sondern löschen Sie dieses sofort. Senden Sie kein kinderpornografisches Material an die Behörden, sondern lediglich eine Beschreibung, warum es sich nach ihrer Meinung um Kinderpornos handelt (Alter der Personen, dargestellte Szene, Inhalt einer Werbung).

Polizeiliche Meldemöglichkeiten

- ProPK Online

Vorbeugungsprogramm der Polizei, u.a. zu Kinderpornographie im Internet

- www.polizei-beratung.de

Polizei der einzelnen Bundesländer

- www.polizei.de
- Weitere Ressourcen

Jugendschutz im Internet u. a. Informationen/Broschüren zu Chatmissbrauch und Kinderpornografie im Internet

- www.jugendschutz.net

NetKids Seite über Missbrauch in Chaträumen für Kinder und Jugendliche

- www.kindersindtabu.de

A.5 Dokumentationsbögen[1]

Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Teil A: Anamnese

________________________________, **geb. am** ______________ **Alter:** ______ **m/w** ☐ Station: _____
Name, Vorname ☐ Ambulant

1. Vorstellung am ____________ um __________ Uhr, Ort: ________________________

Anwesend (außer dem Kind): ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Andere: ____________________________
Anlass (Stichworte; ausführlich s. 3)**:** ____

Kinder-/Hausarzt: ____ Tel: ________________________

Wer ist bislang involviert/zuständig: ☐ **Niemand**
☐ Jugendamt: ____ Tel: ________________________
☐ Beratungsstelle: ____ Tel: ________________________
☐ Kripo: ____ Tel: ________________________
☐ Sonst. (Familienhilfe o.ä.): ____

2. Orientierende Sozialanamnese (ausführliche Anamnese später durch Sozialdienst/Psychologe)

☐ **Eltern** leben zusammen ☐ Eltern leben getrennt
☐ Eltern sind geschieden (seit:) ☐ Neuer Lebenspartner
Alter der Eltern: Mutter: ______ Jahre, Vater: ______ Jahre
Beruf Mutter: ______________ Aktuell berufstätig: ☐ Nein ☐ Ja: ______________
Beruf Vater/Partner: ______________ Aktuell berufstätig: ☐ Nein ☐ Ja ______________
Geschwister: (leben in der Familie ☐ Ja ☐ Nein); Erkrankungen
1. m/w ___J. __________________ 4. m/w __J. __________________
2. m/w ___J. __________________ 5. m/w __J. __________________
3. m/w ___J. __________________ 6. m/w __J. __________________
Bekannte **familiäre Konflikte, Belastungssituationen:** ☐ Nein ☐ Ja:

3. Familienanamnese

☐ Bekannte Erkrankungen:
Mutter: ______________________________ Vater: ______________________________
Sonstige Familie: ____

☐ Bekannte Blutgerinnungsstörungen: Hämophilie oder andere?
☐ Blutungsneigung: starke Menstruation bei Mutter/ anderen weiblichen Verwandten?
☐ Unklare (operative) Todesfälle/Verbluten?
☐ Bekannte Knochenerkrankungen oder -deformitäten?
☐ Vermehrten Frakturen, blauen Skleren, Dentinogenesis imperfecta, Schwerhörigkeit?
☐ Ethnische Zugehörigkeit: Hautbefunde (Mongolenfleck), volksheilkundliche Praktiken?

1 Download unter: http://www.springer.com/978-3-662-48843-0 (eine bearbeitbare Version ist über die DGKiM – www.dgkim.de – erhältlich

Anamnese S. 2 ______________________________, **geb. am** ____________

4. Eigenanamnese des Kindes/Jugendlichen:

Schwangerschaft: ☐ unauffällig ☐ auffällig: ____________________
Neugeborenenperiode: ☐ unauffällig ☐ auffällig: ____________________
Nahrungsunverträglichkeiten: ☐ Nein ☐ Ja: ____________________
Allergien: ☐ Nein ☐ Ja: ____________________

☐ **Chronische Erkrankungen**

____
____
____
____

☐ Entwicklungsstörungen/Behinderungen

____
____

☐ Gedeihstörungen ☐ Erbrechen ☐ Harnwegsinfektionen
☐ Apnoen (ALTE) ☐ Krampfanfälle ☐ Verstopfung
☐ Verletzung der anogenitalen Region ☐ Vaginale Blutung
☐ Vaginaler Ausfluss oder anogenitale Entzündungen
☐ Hygiene: Duschbad/Kosmetika/Seifen ☐ Mädchen: Abputztechnik/Wischrichtung

☐ Neigung, ungewöhnlich leicht blaue Flecke zu bekommen?
☐ Ungewöhnlich lange Blutungen bei banalen Verletzungen? Ausgeprägte Hämatome?
☐ Vor-Operationen mit Blutungskomplikationen? ☐ Vitamin-K-Gabe erfolgt?
☐ Hinweise auf Malabsorption oder Gedeihstörungen?
☐ Phytodermatitis: Limone, Zitrone, Sellerie, Feige, Pastinak?
☐ Wäschefarbe: neue Kleidungsstücke (schwarz, blau)?
☐ Chemische Irritanzien, Haushaltsmittel, neue Pflegemittel?

☐ **Medikamenteneinnahme:** Vitamin A, Phenobarbital, DPH, MTX, Prostaglandin E, Antikoagulanzien?
☐ (Dauer-) **Medikamente**/Dosis: ____________________

____
____
____

☐ Andere **Therapien** (KG, Ergotherapie, Logopädie etc.)

____
____

Geht in ☐ **Kindergarten:** ______________ ☐ **Schule** ______________ Klassse: ______

Gelbes **Vorsorgeheft** liegt vor: ☐ Unauffällig ☐ Auffällig:

____
____

Nicht wahrgenommene Vorsorgetermine: ______________ ☐ Häufiger Arztwechsel ______ -mal
Neugeborenen-**Stoffwechselscreening** erfolgt: ☐ Ja ☐ Nein ☐ Nicht ersichtlich – klären!
Gedeihen/Perzentilenverlauf ☐ Unauffällig ☐ Auffällig:

____
____
____

Impfausweis liegt vor: ☐ Impfstatus vollständig ☐ unvollständig

Anamnese S. 3 ______________________________, **geb. am** ____________

5. Anamnese des aktuellen Geschehens:

Geschildert von: ______________________________

(möglichst genauen Wortlaut notieren & in Klammern mögliche Gefühlsregungen; Umstände)

Dabei anwesend: ☐ Kind ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Andere: ______________________________

Dabei beachten:

1. Verletzungsumstände? Anwesende? Aufsicht? Beobachter?

2. Vorausgehendes Ereignis? Fütterfrust? Sauberkeitsprobleme? Elterliche Streitigkeiten?

3. Reaktion der Eltern auf Verletzung? Reanimationsversuche? Prompter Arztbesuch?

Evtl. Skizze vom Geschehensort:

Schilderung vom Kind selbst:

(möglichst genauen Wortlaut notieren & in Klammern mögliche Gefühlsregung):

Dabei anwesend: ☐ nur Kind selbst ☐ Vater ☐ Mutter ☐ Arzt/Ärztin* ☐ Pflege* ☐ Andere*

*Namen notieren ______________________________

In der Vergangenheit bereits derartige Vorkommnisse/Verletzungen:

☐ Nein ☐ Ja: ______________________________

Anamnese S. 4 ______________________________, **geb. am** ______________

6. Kinder- und Jugendgynäkologische Anamnese

Allgemeine Anamnese

- ☐ Allgemeine anogenitale Infektionen
- ☐ Anogenitale Dermatitiden
- ☐ Vaginaler Juckreiz
- ☐ Vaginaler Ausfluss (Farbe? Konsistenz? Menge? Geruch?)
- ☐ Vaginale Blutungen
- ☐ Pubertätszeichen, Wachstum
- ☐ Fremdkörper der Scheide oder des Anus
- ☐ Enuresis primär/sekundär, Enkopresis
- ☐ Bauchschmerzen, schmerzhafte Defäkationen
- ☐ Zurückliegende anogenitale Verletzungen

Bei Jugendlichen zusätzlich

- ☐ Menarche: ______________________
- ☐ Menstruation: ______________________
- ☐ Tampon-, Bindengebrauch
- ☐ Vorherige gyn. Untersuchungen
- ☐ Antikonzeption? Methode?

____

- ☐ Sexuell übertragene Infektionen

____

- ☐ Einvernehmliche Sexualkontakte
- ☐ Unfreiwillige Sexualkontakte
- ☐ Geburten, Aborte

7. Verhaltensanamnese

Plötzliche emotionale oder Verhaltensänderungen:

☐ Albträume, Schlafstörungen ☐ häufig Kopfschmerzen ☐ häufig Bauchschmerzen
☐ Angst, alleingelassen zu werden
☐ Angst vor bestimmten Personen: ____________________ ☐ /Männern
☐ Phobien, Regression und Depressionen
☐ Rückzugsverhalten, ☐ Geringes Selbstwertgefühl

☐ Soziale Adaptations- oder Interaktionsstörungen (Kindergarten/Schule)
☐ Schulschwierigkeiten

☐ Aggressionen gegen andere oder sich selbst (selbstverletzendes Verhalten)
☐ Essstörungen, starke Gewichts-Zu-/abnahme
☐ Einnässen: nächtlich/tagsüber; vor allem erneut aufgetreten ☐ Einkoten

☐ Altersunangemessenes sexualisiertes Verhalten, ☐ ungewöhnliches Interesse an Sexualität
☐ Berühren der Geschlechtsteile Erwachsener ☐ anderer Kinder ☐ von Tieren
☐ Masturbiert oder spielt ungewöhnlich häufig mit den Geschlechtsteilen
☐ Verführerisches, kokettes Verhalten gegenüber Erwachsenen
☐ Vorfälle mit sexueller Nötigung anderer, vor allem jüngerer Kinder ☐ „spielt" Geschlechtsverkehr

☐ Suizidversuche ☐ Delinquentes Verhalten ☐ Drogenmissbrauch
☐ Weglaufen von Zuhause ☐ Prostitution

Sonstiges: ____

____
____
____
____
____
____
____

Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Teil B: Untersuchung

______________________________, **geb. am** __________ **Alter:** _____ **m/w** ☐ Station: _____
Name, Vorname ☐ Ambulant

1. Allgemeinzustand: ☐ gut ☐ eingeschränkt: ______________ **Glasgow Coma Scale:** ______

2. Ernährungszustand: ☐ gut ☐ dystroph ☐ adipös

KG: _____ kg (_____. Perzentile = _____ SD) **KL:** _____ cm (_____. Perzentile = _____ SD)
KU: _____ cm (_____. Perzentile = _____ SD) **BMI:** _____ kg/m^2 (_____. Perzentile = _____ SD)

3. Pflegezustand: ☐ gepflegt ☐ ungepflegt: ______________________________

____

4. Allgemein-internistische Untersuchung:

a) **Kardiopulmonal** ☐ unauffällig ☐ auffällig: ______________________
b) **Abdomen** ☐ weich ☐ Resistenz ☐ Darmgeräusche: ☐ regelrecht ☐ ↑ ☐ ↓
☐ keine Druckdolenz ☐ Druckdolenz im ______________________
c) **HNO-Bereich** ☐ o.B. ☐ auffällig: ______________________
☐ Gaumen / Mundhöhle reizlos
☐ Lippen-/Zungenbändchen (Einriss? Vernarbung?) ______________________
☐ Petechien / Verletzungen enoral/Gaumen: ______________________
☐ Zahnstatus: unauffällig ☐ Karies? Trauma? ______________________

5. Hämatome/Narben: ☐ Nein

(Prädilektionsstellen: Hinter den Ohren / Hals / Oberschenkel / Arme / Gesäß; Formung, Ligaturen?)
☐ Ja: ⇒ Ort / Art / Formung / Größe / Farbe beschreiben!
⇒ Abdrücke (von Schuhen / Händen / Gegenständen, etc.)

1. ______________________________
2. ______________________________
3. ______________________________
4. ______________________________
5. ______________________________
6. ______________________________
7. ______________________________
8. ______________________________

Skizze in Körperschema *(immer!!)* **Fotodokumentation** mit Messhilfe/Winkellineal

6. Verbrennungen/Verbrühungen: ☐ Nein

☐ Ja: Ort/Art/Formung/Abdrücke
⇒ ☐ Akute/frische Verbrennung ☐ Narben
⇒ ☐ Abdrücke (von Zigaretten / Gegenständen) erkennbar:

____

____

☐ Ja: Immersion (Handschuh und/oder Strumpfmuster?)

____

____

7. Äußerliche Hinweise auf Frakturen:

☐ Nein ☐ Ja: ______________________________

____

Ort/Schwellung/Bewegungseinschränkung/Schmerz?

Untersuchung S. 2 ______________________________, **geb. am** ____________

8. Anogenitale Untersuchung:

Genitale ☐ **weiblich** ☐ unauffällig ☐ auffällig (*s. Kinder-Gyn-Bogen bzw. unten*)
☐ **männlich** ☐ Hoden deszendiert ☐ Hoden nicht deszendiert: ______________
Pubertätsstadium (nach Tanner): **P** ___ **B** ___ **G** ___

Äußerlich Auffälligkeiten / Verletzungshinweise: ☐ Nein
☐ Ja (dann weiter unten)

Weitere Untersuchung:
☐ Entfällt, da keinerlei Hinweise auf anogenitale Verletzung / Misshandlung
☐ Auf später verschoben, da derzeit wegen eingeschränkter Kooperation nicht durchführbar
☐ **Extra kindergynäkologischer bzw. Forensikbogen akuter sexueller Übergriff ausgefüllt**

Mädchen

Ausfluss ☐ Nein ☐ Ja: ______________________________
Farbe / Geruch/Konsistenz

Hämatom der großen Schamlippen ☐ Nein ☐ Ja: ______________________________
Hämatom der kleinen Schamlippen ☐ Nein ☐ Ja: ______________________________

Hymen ☐ anulär ☐ semilunär ☐ fimbrienförmig/wulstig ☐ kragenförmig ☐ nicht entfaltet
☐ Glattrandiger Hymenalsaum ☐ verletzt: eingekerbt bei ___ Uhr in Rückenlage zu ___% ______________
____
____
Ort / Art der Verletzung

Vestibulum vaginae ☐ reizlos ☐ gerötet
Fossa navicularis ☐ unauffällig ☐ Verletzung: ______________________________
Perineum ☐ unauffällig ☐ Verletzung/Narbe: ______________________________

Akute Blutung/Verletzung ☐ Nein ☐ Ja: ______________________________
____
Ort / Stärke

Sonstiges / Besonderheiten ______________________________
____

Jungen

Hämatom am Scrotum ☐ Nein ☐ Ja: ______________________________
Hämatom am Penis ☐ Nein ☐ Ja: ______________________________
Akute Verletzung/Ligatur/Narbe ☐ Nein ☐ Ja: ______________________________
Sonstiges / Besonderheiten ______________________________

Anus

Hämatom ☐ Nein ☐ Ja: ______________________________
Narbe ☐ Nein ☐ Ja: ______________________________
Fältelung: ☐ Unauffällig ☐ Vermindert: ______________________________

Akute Blutung ☐ Nein ☐ Ja: ______________________________
Akute Verletzung ☐ Nein ☐ Ja: ______________________________
Sonstiges / Besonderheiten ______________________________

Untersuchung S. 3 ________________________________, geb. am ______________

Anhang: Skizzen

⇒ *Größe – Farbe extra angeben! Möglichst immer zusätzlich (digitales) Foto!*

R L

R L

Dokumentationsschema bei V.a. nichtakzidentelles Trauma

Teil C: Diagnostik und weiteres Procedere

________________________, **geb. am** ____________ **Alter:** _____ **m/w** ☐ Station: _____
Name, Vorname ☐ Ambulant

Diagnostik:

Röntgen
☐ **Skelettscreening***
☐ Skelettszinti (nur komplementär)
☐ Sonstige:

Sono
☐ Abdomen
☐ Schädel
☐ Schädel-Doppler

Labor
☐ BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P, CK-MB
☐ γ-GT, GOT, GPT, AP, Amylase, Lipase, Troponin
☐ Quick, PTT, vWF-AG + CoFaktor, PFA 100, Faktor XIII
☐ Urinstatus
☐ Drogenscreening (evtl. polytoxikologisch)

☐ **Augenhintergrund**
Obligat unter 2-3 Jahren!
Möglichst durch Augenarzt!
Akut undilatiert, immer Kontrolle in Mydriasis, wenn Patient stabil

Zerebrale Bildgebung
☐ CCT
☐ MRT (bei STS mit HWS!)

Nur gezielt:
☐ Kupfer/Coeruloplasmin, PTH, Vitamin-D-Metabolite
☐ HSV ☐ Mykoplasmen ☐ TPHA

☐ organische Säuren i.Urin

* **Skelettscreening**
⇒ Alle Extremitäten, Thorax 1 Ebene, Wirbelsäule, Schädel 2 Ebenen; ***KEIN (!) Babygramm***

Kindergynäkologischer Status
⇒ Kindergynäkologisches Extra-Schema verwenden
⇒ ☐ Später vorgesehen ☐ Erfolgt, Wertung: ____________________
⇒ ☐ Nicht indiziert

Weiteres Procedere

☐ Stationäre Aufnahme, Station:

☐ Info diensthabender Oberarzt/ärztin (immer!) erfolgt: ____________________

☐ Kindergynäkologischer Status

☐ Fotodokumentation (+ Skizze!)

☐ Ambulant möglich *(Ausnahme!)*, weil:

☐ Info Kinderschutzgruppe/Sozialdienst im Hause

☐ Info Jugendamt/Ansprechpartner

☐ Info/Nachfrage Kinderarzt, Hausarzt, andere Kliniken

____
Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin
(immer auch in Druckschrift + Tel./Funk)

Dokumentationsschema für Verletzungen, Hämatome, Verbrennungen

bei V.a. nichtakzidentellen Unfallmechanismus (Kurzfassung, z. B. für Nachtdienst)

Name: ______________________, **geb. am** __________ **Aufnahme**/Untersuchung am: ____ um ____ h
anwesend: ______________________ **Untersucher/in:** ______________________

- **Unfall-/Verbrennungshergang** (Stichworte):

____
____
____
____
____
____
____

- **V.a. nichtakzidentellen Mechanismus?**

☐ Anamnese inadäquat/fehlend/wechselnd (evtl. hinten gesondert erläutern)
☐ Multiple Hämatome
  ☐ + verschiedene Farben (**CAVE:** Lokalisation)
  ☐ + ungewöhnliche Lokalisation
☐ Abdrücke (Hände, Finger, Gegenstände, Bissmarke)
☐ Prädilektionsstelle (retroaurikulär, Lippen-/Zungenbändchen, Gaumen, behaarter Kopf, Zähne)
☐ Immersionsverbrennung (»Handschuh-/Strumpfmuster«, fehlende Spritzer, Lokalisation)
☐ Kontaktverbrennung: (spezifisches Abdruckmuster, Zigarettenverbrennung)

☐ Sonstiges:
☞ Hämatomfarbe und Maße angeben!
☞ Verbrennungsgrad angeben!
☞ Verbrannte Oberfläche abschätzen:
____ % (___-gradig)

- **Allgemeiner Zustand/Vigilanz** ggf. Glasgow Coma Scale:
- ☐ V.a. **Gedeih-**/ ☐ **Entwicklungsstörung?** ☐ V.a. **Vernachlässigung? Ungepflegt?**
- ☐ V.a. **Fraktur(en)** ☐ Nein ☐ Ja, welche:
- **Kindergynäkologischer Status** (Extra Schema verwenden) ☐ Später vorgesehen ☐ Erfolgt, Wertung:
- **Vorgesehene Diagnostik:**

Röntgen	**Sono**	**Labor**
☐ **Skelettscreening**	☐ Abdomen	☐ BB+Diff, BSG, BGA, CRP, Krea, Na, K, Ca, P, CK-MB
☐ Skelettszinti (nur komplementär)	☐ Schädel	☐ y-GT, GOT, GPT, AP, Amylase, Lipase, Troponin
☐ Sonstige:	☐ Schädel-Doppler	☐ Quick, PTT, vWF-AG + CoFaktor, PFA 100, Faktor XIII
		☐ Urinstatus ☐ Drogenscreening
☐ **Augenhintergrund**	**Zerebrale Bildgebung**	☐ Nur gezielt: TPHA, Cu/ Coeruloplasmin, HSV, Mykoplasmen, PTH, Vitamin-D-Metabolite
	☐ CCT	
	☐ MRT (mit HWS bei STS!)	☐ organische Säuren i. Urin

- **Procedere**

☐ Stationäre Aufnahme, Station:…………..	☐ Info diensthabender Oberarzt/ärztin (immer!)
☐ Ambulant möglich *(Ausnahme !)* weil:	
☐ Kindergynäkologischer Status	☐ Info Sozialdienst/Kinderschutz im Hause
☐ Fotodokumentation (+ Skizze!)	☐ Info Jugendamt Ansprechpartner:
☐ Info/Nachfrage Kinderarzt, Hausarzt, andere Kliniken	

____
Datum, verantwortlicher Arzt/Ärztin (Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit)

Kinder-/Jugendgynäkologischer Untersuchungsbefund (Kurzfassung, z. B. für Nachtdienst)

☐ **V.a. Missbrauch bei Jungen** Untersuchung am: ________ , ____ Uhr, Ort: ____________________

Name: ____________________________, **geb. am** ____________ Assistenz: ____________________

Anforderung am: ________________________________ Anwesend: ____________________

durch: ____ Bild-Dokumentation: ________________

ANAMNESE (ggf. auf Rückseite ausführen):

Menarche: ☐Nein ☐Ja: **Blutungen:** ☐ Nein ☐ Ja: Fluor: ☐ Nein ☐ Ja:

Sonstiges:

Strukturierter Verhaltensfragebogen: ☐ Unauffällig ☐ __ Auffälligkeiten (von__Items)

Verhalten bei Untersuchung: ☐ kooperativ ☐ schüchtern ☐ ängstlich ☐ widerstrebend ☐ lehnt ab

KÖRPERLICHER BEFUND ☐ Unauffällig ☐ Nebenbefund:

Pubertätsstadium (nach Tanner) P B G

GENITALER BEFUND ☐ Inspektion ☐ Separation ☐ Traktion ☐ Knie-Brust-Lage ☐ **Kolposkop**

Äußeres Genitale ☐ Unauffällig ☐ Auffällig:

Labia majora/minora/Klitoris ☐ Unauffällig ☐ Auffällig:

Vestibulum vaginae ☐ Unauffällig ☐ Auffällig:

Fossa navicularis ☐ Unauffällig ☐ Auffällig: **Flour:** ☐ Nein ☐ Ja:

Perineum, Commissura post. ☐ Unauffällig ☐ Auffällig:

Hymenkonfiguration ☐ Semilunär ☐ Anulär ☐ Wulstig, östrogenisiert ☐ Variante:

Hymen-Entfaltung ☐ **Nein** ☐ **Ja** Bei ☐ Inspektion ☐ Separation ☐ Traktion ☐ Knie-Brust-Lage ☐ Q-Tip ☐ Wasser

Posteriorer Randsaum ☐ Glattrandig ☐ Nicht beurteilbar ☐ Sonstiges

☐ Pathologisch (spezifizieren):

R L R L

ANALER BEFUND **Dilatation** ☐ Normal ☐ **Fissuren** ☐

DIAGNOSTIK ☐ Durchgeführt ☐ Nicht indiziert

Abstriche **(Mikrobiologische)** **Nativer Ausstrich:**

vaginal ☐ Gonokokken ☐ Chlamydien ☐ Forensik/DNA* **Serologie:**

☐ Entnahme Vestibulum ☐ Entnahme intravaginal ☐ TPHA ☐ Hep.B ☐ HIV

anal ☐ Gonokokken ☐ Chlamydien ☐ Forensik/DNA* **Bakteriologie** ☐ vaginal ☐ anal ☐ pharyngeal

pharyngeal ☐ Gonokokken ☐ Forensik/DNA*

Sonografie: ☐ **Extra-Forensikbogen** ausgefüllt

BEWERTUNG Befundklasse:

Bemerkung/Fazit *Unspezifische oder Normalbefunde schließen einen sexuellen Missbrauch nicht aus!*

EMPFEHLUNGEN **Prophylaxen** ☐ nicht erforderlich ☐ **Indiziert***: ☐ sexuell übertragene Infektionen ☐ Notfallkontrazeption

☐ Jugendamt ☐ Beratungsstelle: ☐ Psychotherapie ☐ Wiedervorstellung/Kontrolle am: ____________

☐ Sonstiges:

Datum untersuchender Arzt/Ärztin * Extra dokumentieren!

Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit

Forensik-Bogen bei V.a. akuten sexuellen Missbrauch

(bei Kindern immer bis 24 Stunden, bei Jugendlichen bis 48-72 Stunden nach Ereignis durchzuführen)

PERSONALIEN
Name: ______________________________ geb: ___________
Anforderung am: ____________________________________
durch: ____________________________________

UNTERSUCHUNG am: ______,______Uhr, Ort:______________
Assistenz: ____
Anwesend: ____
Bild-Dokumentation: ____________________________________

Anamnese gesondert aufführen!
Immer kolposkopischer Anogenitalstatus mit Fotodokumentation!
Befunde im Kinder-/Jugendgynäkologischen Befund-Bogen dokumentieren!

Extragenitaler Untersuchungsbefund:

Verletzungen ☐ **Ja** ☐ **Nein**
Verletzungen auf Dokumentationsbogen sorgfältig dokumentieren, so dass sie jederzeit für Dritte rekonstruierbar sind: Lokalisation, Art, Farbe, Größe, Form, ggf. Gruppierung beschreiben; Foto mit Zentimetermaß + Skizze
☐ Hämatome ☐ Bissmarken an »erogenen Zonen« (Oberschenkelinnenseiten, Brüsten, Hals, Gesäß)
☐ Hämatome ☐ Ligaturen ☐ Abschürfungen am Hals, Gliedmaßen, Flanke in Nierenregion
☐ Petechien: Skleren, weicher Gaumen ☐ Einrisse labiales Frenulum

Forensische Abstriche
Je nach Befund und Vorgeschichte, im Zweifel immer am und um den äußeren Anogenitalbereich, perioral, sowie im Woodlicht floureszierende Bereiche (nicht sehr zuverlässig zur Spermienidentifizierung). Sterile Wattetupfer mit steriler NaCl-Lösung anfeuchten, danach aber vollständig trocknen oder selbsttrocknende Systeme verwenden! Erst verpacken, wenn vollständig trocken, immer in Papierumschläge, **niemals Plastik!!** Jeden Abstrich mit Patientenaufkleber, Abstrichort eindeutig zuordenbar machen, Umschläge ebenso + Unterschrift des Entnehmenden. Auch Mundhöhlenabstrich zum Vergleich. Zusätzlich Objektträgerausstriche anfertigen: ausrollen, nicht abstreichen!

Abstriche
☐ Vulva ☐ Oberschenkel ☐ Unterbauch ☐ perianal ☐ perioral ☐ Sonstige ______________________________
☐ intravaginal: ☐ Fossa navicularis ☐ retrohymenal
☐ Mundhöhle
☐ Vaginalsekret mit NaCl auf Objekträger für sofortige Nativmikroskopie auf bewegliche Spermien
☐ Positiv ☐ Negativ Mikroskopiert durch: ____

☐ Fremde (Scham-)**Haare** gesichert ☐ Pubes ausgekämmt (Umschlag)
von: ______________________________ (Körperstelle/n)

☐ **Fingernagelränder** (rechte und linke Hand getrennt) abschaben in Papierumschlag (bei berichteter Gegenwehr)

☐ **Bekleidung** gesichert (in Papiertüten – nicht Plastik!)

☐ **Abstriche/Blutprobe für infektiologische Diagnostik** – Ausgangsstatus entnommen

☐ **Prophylaxen** für sexuell übertragene Erkrankungen indiziert/durchgeführt ☐ Nicht indiziert
☐ HIV PEP angesprochen (für beides siehe »Prophylaxen«)

☐ **Notfallkontrazeption** angesprochen, indiziert/durchgeführt ☐ Nicht indiziert ☐ β-HCG im Urin

____

Datum | untersuchender Arzt/Ärztin
Name auch in Druckschrift, Tel./Funk-Erreichbarkeit | Zeuge/-in der Untersuchung

Beispielhafte Vorlage für Arztbriefschreibung in Kinderschutzfällen

- Entscheidend ist das Problembewusstsein, dass der Brief Bestandteil einer Strafakte oder eines Familiengerichtsverfahrens werden könnte und entsprechend noch sorgfältiger als sonst abgefasst werden muss.
- Wichtig bei der Schilderung des Sachverhaltes sind Konjunktiv (»Das Kind sei aus dem Bett gefallen, es habe sofort geschrien…« etc.) oder wörtliche Rede.
- Für Juristen ist hilfreich zu wissen, wer das Kind aufgenommen hat und wer es auf der Station betreut hat bzw. die Fallverantwortung hatte (jeweils Name!).
- Generell ist das Wort Kindeswohlgefährdung dem Begriff Kindesmisshandlung vorzuziehen; der Begriff Battered Child ist obsolet.
- Vorläufige Stellungnahmen und der endgültige Arztbrief sollen vor Weitergabe an Ämter durch den Hauptverantwortlichen der Kinderschutzgruppe oder – falls nicht existent – durch einen erfahrenen Oberarzt geprüft und freigegeben werden.
- Immer ein Durchschlag an den/die Verantwortlichen der Kinderschutzgruppe.

Anamnese

Datum/Uhrzeit der Anamnese, **wer führt sie durch**, weitere Anwesende?

Die Anamnese soll den präzisen Ablauf des angegebenen Geschehens wiedergeben:

- **Durch wen** erfolgen die primären Angaben?
- Gibt es etwaige **Zeugen**, beim Geschehen anwesende Personen?
- Wechselnde Angaben im Verlauf oder zwischen verschiedenen Personen?
- **Zeitpunkt** des angegebenen Geschehens (Tag? Uhrzeit?). Wann und von wem zuerst bemerkt?
- **Was** ist passiert? Erstmals, bereits mehrfach? *(Konjunktiv oder ggf. wörtliche Rede, s.o.)*
- **Wo** ist es passiert (ggf. Skizze)?
- Nachfolgender **zeitlicher Ablauf** der Symptome und was wurde getan, Reaktion auf Verletzung, wann Arztbesuch/Notruf?
- **Was ging** dem Geschehen **unmittelbar voraus** (Stress, Fütterfrust etc.)?
- Gab es **zuvor anhaltende Schwierigkeiten** (Schreikind, Erkrankungen, alleinerziehend etc.)?
- **Eigen-/Sozialanamnese**; gab es vorherige **Jugendamtkontakte**?
- **Vorsorgeuntersuchungen** wahrgenommen?

Untersuchung

Datum/Uhrzeit der Untersuchung, **wer führte sie durch**, weitere Anwesende?

Neben dem üblichen pädiatrisch-internistisch-neurologischem Befund Augenmerk auf:

- **Pflegezustand**, ggf. Zustand der Kleidung.
- Angaben zur **Zahl, Art** und **Lokalisation** der Verletzungen.
- **Verletzungen immer präzise und einzeln beschreiben, also nicht: *»Multiple Hämatome am Rücken«***, sondern z. B. »*…ein 3 x 4 cm messendes, ovalär geformtes und unregelmäßig begrenztes Hämatom von bläulicher Farbe mit gelblichen Anteilen auf der Oberseite des linken Unterarmes; 2 rundliche, rötlich-blaue, 1 cm durchmessende Hämatome an der Innenseite des rechten Oberarmes..*«, etc.
- **Gewicht/Länge mit Perzentilen**!
- Ggf. grobe Einschätzung des Entwicklungsstandes.
- Ort und Zeitpunkt (Tag, Uhrzeit) einer angefertigten **Fotodokumentation,** Zahl der angefertigten Abbildungen.

Diagnostik

- Zeitpunkt der Untersuchungen (Blutentnahme, Urinprobe, Abstriche etc.)
- Bei forensischer Spurensicherung: Aufbewahrungsort (z.B. »…nach forensischer Spurensicherung wurden diese unter Einhaltung der Beweiskette verschlossen aufbewahrt…«)
- Ergebnisse eventuell veranlasster externer Untersuchungen

Therapie & Verlauf

Formulierungsbeispiele (siehe auch unten rechtsmedizinische Vorlage):

» Bei xy fanden sich folgende Verletzungen: … Da diese mit der angegebenen Anamnese nicht plausibel vereinbar waren, erfolgte die Einbeziehung der Kinderschutzgruppe und eine weiterführende Diagnostik. Hierbei ergaben sich … Daraus folgerten wir eine mit hoher Wahrscheinlichkeit vorliegende Kindeswohlgefährdung. Die Verletzungen sind mit (sehr) hoher /an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nicht unfallbedingt, sondern gewaltsam zugefügt.

» Den Eltern wurden die Befunde und die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen, insbesondere die Einbeziehung des Jugendamtes erläutert. In einem gemeinsamen Gespräch mit dem Jugendamt wurden die folgenden Festlegungen getroffen …

Zusammenfassende Bewertung
Zurückhaltung ist bzgl. der weiteren Maßnahmen angezeigt, da wir nicht über den Verbleib des Kindes entscheiden. Eine offene Formulierung: »*das weitere Vorgehen wurde mit dem Jugendamt besprochen*« (oder so ähnlich) ist vorzuziehen. Die Sorge oder Gewissheit einer negativen Auswirkung der Kindeswohlgefährdung auf die physische und seelische Gesundheit des Kindes und seine weitere Entwicklung darf und soll dagegen sehr wohl formuliert werden.

» Die von den Eltern angegebene Erklärung für die vorgefundenen (schwerwiegenden) Verletzungen ist aus medizinischer Sicht nicht plausibel. Aus den o. g. und erläuterten Gründen sehen wir eine (ggf. schwerwiegende) Kindeswohlgefährdung gegeben.

» In Absprache mit dem Jugendamt unterstützen wir den Verbleib des Kindes in der Familie unter der Voraussetzung engmaschiger Auflagen und Kontrollen des vom Jugendamt etablierten Hilfekonzeptes durch niedergelassenen Kinderarzt/-ärztin.

oder

» Aufgrund nicht klärbarer Entstehung der beschriebenen Verletzungen unter der Verantwortung und Aufsicht der Eltern sehen wir bei Verbleib des Kindes in der elterlichen Obhut eine hohe Gefahr für die physische und seelische Gesundheit und Entwicklung des Kindes.

(Beispielhafte SOP der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin Kassel; B. Herrmann; mit freundlicher Genehmigung entnommen aus: AG Kinderschutz in der Medizin (AG KiM), Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) (Hrsg.) (2015) Empfehlungen zu Kinderschutz an Kliniken. Bonn, Kassel, Berlin; laufend aktualisiert, aktuelle Version 1.5)

Stichwortverzeichnis

A







E

F





H

I



J



K

L

M

N



P

R

S







W

